

Art. 2.

La consistenza dei citati prestiti, a seguito dell'operazione di concambio effettuata il 17 giugno 2016 (regolamento 21 giugno 2016), è la seguente:

Titolo emesso		Importo nominale in circolazione
BTP 4,50% 01.03.2013/01.05.2023	(IT0004898034)	20.070.594.000,00
Titoli riacquistati		
CTZ 26.02.2015/27.02.2017	(IT0005089955)	12.043.273.000,00
CCTeu 15.12.2011/15.06.2017	(IT0004809809)	8.867.293.000,00
BTP 5,25% 01.02.2002/01.08.2017	(IT0003242747)	22.249.234.000,00
BTP 4,50% 01.08.2007/01.02.2018	(IT0004273493)	23.710.375.000,00
BTP 3,50% 02.04.2013/01.06.2018	(IT0004907843)	19.388.580.000,00

Il presente decreto sarà pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Roma, 8 luglio 2016

p. Il direttore generale del Tesoro: CANNATA

16A05181

MINISTERO DELLA SALUTE

DECRETO 21 giugno 2016.

Piani di cui all'articolo 1, comma 528, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, per le aziende ospedaliere (AO), le aziende ospedaliere universitarie (AOU), gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici (IRCCS) o gli altri enti pubblici.

IL MINISTRO DELLA SALUTE
DI CONCERTO CON
IL MINISTRO DELL'ECONOMIA
E DELLE FINANZE

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, ed in particolare:

l'art. 1, comma 2, laddove viene previsto che il Servizio sanitario nazionale assicura attraverso le risorse finanziarie individuate, i livelli essenziali e uniformi di assistenza, nel rispetto dei principi dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse;

l'art. 4, commi 8 e 9, in materia di equilibrio di bilancio per le aziende ospedaliere e per i presidi dell'unità sanitaria locale, cui si applicano le disposizioni previste per le aziende ospedaliere, in quanto applicabili;

l'art. 8-sexies in materia di remunerazione delle prestazioni del Servizio sanitario nazionale, per gli erogatori pubblici e privati accreditati;

Visto il decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, e successive modificazioni, ed in particolare, l'art. 2, commi 7, 8 e 9 che, nel disciplinare la costituzione delle aziende ospedaliere universitarie, richiama quanto previsto dall'art. 4 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;

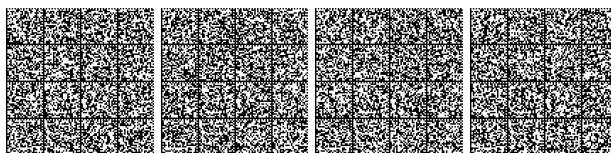
Visto il decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288, e successive modificazioni, ed in particolare l'art. 6, che stabilisce che le Fondazioni IRCCS, così come gli IRCCS non trasformati, informano la propria attività a criteri di efficacia, efficienza ed economicità e sono tenuti al rispetto del vincolo di bilancio, attraverso l'equilibrio di costi e ricavi, compresi i trasferimenti di risorse finanziarie per specifiche attività istituzionali;

Vista la legge 30 dicembre 2004, n. 311, e successive modificazioni, ed in particolare:

l'art. 1, comma 173 lettera f), in materia di «obbligo in capo alle regioni di garantire in sede di programmazione regionale, coerentemente con gli obiettivi sull'indebitamento netto delle amministrazioni pubbliche, l'equilibrio economico-finanziario delle proprie aziende sanitarie, aziende ospedaliere, aziende ospedaliere universitarie ed Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico sia in sede di preventivo annuale che di conto consuntivo, realizzando forme di verifica trimestrale della coerenza degli andamenti con gli obiettivi dell'indebitamento netto delle amministrazioni pubbliche e prevedendo l'obbligatorietà dell'adozione di misure per la riconduzione in equilibrio della gestione ove si prospettassero situazioni di squilibrio, nonché l'ipotesi di decadenza del direttore generale»;

l'art. 1, comma 174, che detta disposizioni volte a garantire il rispetto dell'equilibrio economico-finanziario da parte delle regioni;

l'art. 1, comma 180, che detta disposizioni in materia di piani di rientro dai deficit sanitari secondo cui: «la regione interessata, nelle ipotesi indicate ai commi 174 e 176 nonché in caso di mancato adempimento per gli anni 2004 e precedenti, anche avvalendosi del supporto tecnico dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, procede ad una ricognizione delle cause ed elabora un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore



al triennio. I Ministri della salute e dell'economia e delle finanze e la singola regione stipulano apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e degli adempimenti di cui alla intesa prevista dal comma 173. La sottoscrizione dell'accordo è condizione necessaria per la riattribuzione alla regione interessata del maggiore finanziamento anche in maniera parziale e graduale, subordinatamente alla verifica della effettiva attuazione del programma»;

Vista l'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano in data 23 marzo 2005 (Rep. Atti n. 2271/CSR) ed in particolare:

l'art. 6, che declina quanto previsto dall'art. 1, comma 173, lettera f), della legge 30 dicembre 2004, n. 311;

l'art. 8, che disciplina l'accordo per il perseguimento dell'equilibrio economico in attuazione di quanto previsto dall'art. 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311;

l'art. 9, che dispone l'istituzione del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA;

l'art. 12, che dispone l'istituzione del Tavolo di verifica degli adempimenti;

Vista l'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano in data 3 dicembre 2009 (Rep. Atti n. 243/CSR);

Visto l'art. 2, comma 67-bis, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, che prevede, tra l'altro, forme premiali a valere sulle risorse ordinarie previste dalla vigente legislazione per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale, applicabili a decorrere dall'anno 2012, per le regioni che tra l'altro introducano misure idonee a garantire, in materia di equilibrio di bilancio, la piena applicazione per gli erogatori pubblici di quanto previsto dall'art. 4, commi 8 e 9, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, nel rispetto del principio della remunerazione a prestazione;

Vista la normativa vigente in materia di piani di rientro dai disavanzi sanitari all'art. 2, commi da 75 a 96, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, e successive modificazioni;

Visto il decreto ministeriale 18 gennaio 2011 recante «Valutazione straordinaria delle procedure amministrativo-contabili necessarie ai fini della certificazione dei bilanci delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici, anche trasformati in fondazioni, degli istituti zooprofilattici sperimentali e delle aziende ospedaliere universitarie, ivi compresi i policlinici universitari»;

Visto il decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, e successive modificazioni, 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 artt. 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42», e in particolare il Titolo II, recante «Principi contabili generali e applicati per il settore sanitario»;

Visto il decreto ministeriale 15 giugno 2012 concernente «Nuovi modelli di rilevazione economica "Conto economico" (CE) e "Stato patrimoniale" SP delle aziende del Servizio sanitario nazionale»;

Visto l'art. 15 del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, e successive modificazioni, che prevede specifiche disposizioni per il settore sanitario, al fine di garantire il rispetto degli obblighi comunitari e la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica, l'efficienza nell'uso delle risorse destinate al settore sanitario e l'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni sanitarie;

Visto il decreto ministeriale 17 settembre 2012, recante «Certificabilità degli enti del Servizio sanitario nazionale»;

Visto il decreto ministeriale 18 ottobre 2012, recante «Remunerazione prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale»;

Visto il decreto ministeriale 1° marzo 2013 «Definizione dei Percorsi Attuativi della Certificabilità»;

Vista l'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano in data 10 luglio 2014 per il nuovo Patto per la salute 2014-2016 (Rep. Atti n. 82/CSR), ed in particolare l'art. 9 che prevede l'istituzione, senza oneri a carico della finanza pubblica, presso il Ministero della salute di una commissione permanente, costituita dai rappresentanti del Ministero della salute, del Ministero dell'economia e delle finanze, della Conferenza delle Regioni e Province Autonome e dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), con il compito di provvedere, nel rispetto degli equilibri di finanza pubblica, alla:

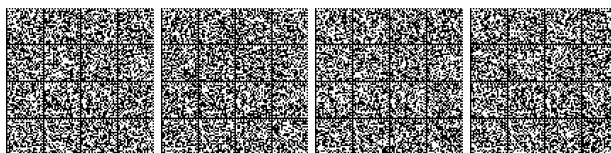
a) verifica e all'aggiornamento delle tariffe massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, di assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale di cui al decreto del Ministro della salute 18 ottobre 2012, nonché di assistenza protesica di cui al decreto del Ministro della sanità 27 agosto 1999, n. 332;

b) individuazione delle funzioni assistenziali e dei relativi criteri di remunerazione massima, ai fini dell'applicazione dell'art. 8-sexies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;

c) definizione dei criteri e parametri di riferimento per l'individuazione delle classi tariffarie;

d) promozione della sperimentazione di metodologie per la definizione di tariffe per i percorsi terapeutici assistenziali territoriali;

Tenuto conto che, in attuazione del citato art. 9 del Patto per la salute 2014-2016, è stata costituita la Commissione permanente tariffe con decreto ministeriale del 18 gennaio 2016 e considerato in particolare che, sulla base di quanto previsto dalle lettere b) e c) dell'art. 9 del citato Patto per la salute 2014-2016, la citata Commissione dovrà dettare i criteri generali per l'individuazione della remunerazione delle funzioni assistenziali e delle classi tariffarie per la successiva adozione dei decreti del Ministro della salute, sentita l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, di cui all'art. 8-sexies, rispettivamente commi 3 e 5, secondo periodo, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni;



Visto il decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70, recante «Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera» ed, in particolare, le disposizioni contenute nei paragrafi 4 e 5 dell'allegato 1 in materia di volumi ed esiti e di standard generali di qualità;

Vista l'Intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, nella seduta del 2 luglio 2015 (Rep. Atti n. 113/CSR) e, in particolare, il punto J, lettera a) in materia di «riorganizzazione e ripensamento del sistema aziendale pubblico in una logica di valutazione e miglioramento della produttività, intesa quale rapporto tra il valore prodotto (in termini quantitativi e economici) ed i fattori produttivi utilizzati (in termini quantitativi e economici)»;

Visto l'art. 1, commi da 521 a 547, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, che detta disposizioni che disciplinano le procedure per conseguire miglioramenti nella produttività e nell'efficienza degli enti del Servizio sanitario nazionale, nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario e nel rispetto della garanzia dei livelli essenziali di assistenza, di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 29 novembre 2001 e successive modificazioni, da erogarsi in condizioni di appropriatezza, efficacia, efficienza e qualità;

Visto in particolare i commi 524, 526, 528, 529 e 530, dell'art. 1, della citata legge 28 dicembre 2015, n. 208, ove si prevede che:

le aziende ospedaliere (AO), le aziende ospedaliere universitarie (AOU), gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici (IRCCS) o gli altri enti pubblici, che erogano prestazioni di ricovero e cura che presentano una o entrambe le seguenti condizioni:

a) uno scostamento tra costi rilevati dal modello di rilevazione del conto economico (CE) consuntivo e ricavi determinati come remunerazione dell'attività, ai sensi dell'art. 8-sexies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, pari o superiore al 10 per cento dei suddetti ricavi, o, in valore assoluto, pari ad almeno 10 milioni di euro;

b) il mancato rispetto dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure;

devono presentare alla propria regione di riferimento il piano di rientro di durata non superiore al triennio, contenente le misure atte al raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario e patrimoniale e al miglioramento della qualità delle cure o all'adeguamento dell'offerta, al fine di superare ciascuno dei disallineamenti rilevati alle predette lettere a) e b);

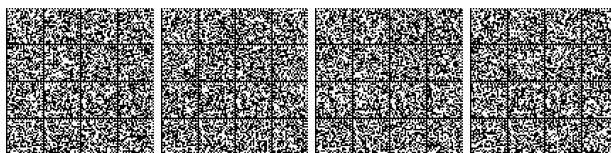
la metodologia di valutazione dello scostamento di cui alla predetta lettera a) deve essere individuata con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, in coerenza con quanto disposto dall'art. 8-sexies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, in materia di modalità di remunerazione delle prestazioni sanitarie, tenendo conto dei diversi assetti organizzativi ed erogativi regionali, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, da adottare entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della citata legge 28 dicembre 2015, n. 208. Con il medesimo

decreto sono definiti anche gli ambiti assistenziali e i parametri di riferimento relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure di cui alla predetta lettera b), anche tenendo conto di quanto previsto dal regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70, recante la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera. Il decreto definisce, altresì, le linee guida per la predisposizione dei piani di rientro aziendali;

Visto il comma 525, dell'art. 1, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, che prevede, tra l'altro, che in sede di prima applicazione, per l'anno 2016, le regioni devono individuare, entro il 31 marzo 2016, gli enti del proprio Servizio sanitario che presentano una o entrambe le condizioni di cui al comma 524, lettere a) e b);

Visto il comma 531, dell'art. 1, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, che dispone che «Fermo restando quanto previsto dall'art. 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e successive modificazioni, e quanto previsto dall'art. 2, commi 77 e 86, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, al fine di garantire l'equilibrio del Servizio sanitario regionale nel suo complesso, la Gestione sanitaria accentrata, di cui all'art. 19, comma 2, lettera b), punto i), del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, iscrive nel proprio bilancio una quota di fondo sanitario regionale corrispondente alla somma degli eventuali scostamenti negativi di cui ai piani di rientro degli enti del Servizio sanitario regionale. Nel caso in cui si verificano le condizioni di cui ai commi 524 e 525, le regioni che si sono avvalse della facoltà di cui all'art. 23 del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, sono tenute ad istituire la Gestione sanitaria accentrata, di cui all'art. 19, comma 2, lettera b), punto i), del medesimo decreto legislativo n. 118 del 2011. I Tavoli tecnici di cui agli artt. 9 e 12 dell'Intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano in data 23 marzo 2005 verificano il rispetto del presente comma. A tal fine le regioni comunicano ai suddetti Tavoli tecnici l'avvenuta approvazione dei piani di rientro degli enti del proprio Servizio sanitario regionale entro cinque giorni dall'adozione del provvedimento di approvazione e l'importo degli scostamenti negativi di cui ai medesimi piani di rientro»;

Visto il comma 533, dell'art. 1, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, che dispone che «la regione, ovvero il Commissario *ad acta* ove nominato, verifica trimestralmente l'adozione e la realizzazione delle misure previste dai piani di rientro di cui ai commi 529 e 530 nel rispetto della tempistica ivi indicata. In caso di verifica trimestrale positiva, la Gestione sanitaria accentrata può erogare a titolo di anticipazione una quota parte delle risorse iscritte, ai sensi del comma 531, nel proprio bilancio, al fine di salvaguardare l'equilibrio finanziario degli enti territoriali interessati. In caso di verifica trimestrale negativa, la regione, ovvero il Commissario *ad acta* ove nominato, adotta le misure per la riconduzione in equilibrio della gestione, nel rispetto dei livelli di assistenza, come individuati nel piano di rientro dell'ente. Al termine di ogni esercizio la regione pubblica nel proprio sito internet i risultati economici raggiunti dai singoli enti interessati, raffrontati agli obiettivi programmati nel piano di rientro»;



Tenuto conto, da un lato, della presenza di sistemi tariffari regionali differenziati, con tariffe anche superiori a quelle massime nazionali, e della disomogenea applicazione del sistema di remunerazione delle funzioni, e dall'altro, dell'esigenza che in fase di prima applicazione della normativa sui piani di cui all'art. 1, comma 528, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 tenga conto di tali differenze, al fine di evitare che la valutazione delle situazioni aziendali sia condizionata da situazioni di contesto diverse, è necessario che il sistema di valutazione della remunerazione tariffaria e delle funzioni consenta una omogeneizzazione delle diverse situazioni regionali;

Ritenuto che la commissione permanente tariffe deve individuare le funzioni assistenziali ed i relativi criteri di remunerazione massima, ai fini dell'applicazione dell'art. 8-*sexies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e che devono essere operati gli opportuni aggiornamenti periodici delle soglie di volume e di esito, sulla base delle conoscenze scientifiche disponibili, di cui al paragrafo 4.6 dell'allegato 1 al decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70, nella fase di avvio della procedura di cui ai commi 524 e 525, al fine di consentire una prima implementazione del metodo, sono stati individuati i seguenti criteri:

per la lettera *a*) un finanziamento a funzione pari al 30% del totale della remunerazione;

per la lettera *b*) almeno un'area rossa con peso specifico di attività > 15% o almeno un'area arancione con peso specifico di attività > 33%;

Ritenuto, altresì, opportuno ai fini dell'individuazione ai sensi del comma 525, dell'art. 1, della legge n. 208/2015, delle strutture da sottoporre al piano di cui all'art. 1, comma 528, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, e, riconoscere la possibilità per le regioni e province autonome di sottoporre alla valutazione del Ministero della salute adeguata documentazione e, ove necessario, specifici provvedimenti regionali, che consentano di tenere conto:

i) delle specificità di remunerazione delle prestazioni di emergenza territoriale, psichiatria e medicina penitenziaria eventualmente rese da parte delle strutture ospedaliere o altre attività di rilevanza regionale, e degli investimenti a carico dei contributi in conto esercizio;

ii) delle modifiche eventualmente intervenute nel corso dell'anno 2015 sul sistema di remunerazione fissato dalle singole regioni e province autonome.

Per ciascuno dei punti *i*) e *ii*), è richiesta adeguata analisi che evidenzi il loro impatto sui criteri di contabilizzazione nei modelli di rilevazione ministeriale dei conti economici CE degli anni 2014 e 2015 presi a riferimento per il calcolo dello scostamento di cui all'art. 1, comma 524, lettera *a*), della legge 28 dicembre 2015, n. 208;

Ritenuto necessario che la Regione Lombardia, in virtù della peculiare organizzazione del proprio sistema sanitario regionale, per dare prima applicazione alle disposizioni di cui all'art. 1, commi da 528 a 536, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, debba sottoporre alla valutazione del Ministero della salute apposita documentazione che attesti l'assimilabilità di alcune aziende del proprio territorio alle aziende sanitarie locali, per le caratteristiche organizzative e la tipologia di attività svolta, al fine di individuare, d'intesa fra Regione e Ministero, le aziende ospedaliere da sottoporre ai

piani di cui all'art. 1, comma 528, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, nel 2016. Le dimensioni economiche e modalità attuative dei piani verranno anch'esse definite da Regione Lombardia e sottoposte al Ministero della salute;

Considerato che, per l'anno 2016, l'individuazione, da parte delle regioni, delle strutture che presentano una o entrambe le condizioni di cui al comma 524, lettere *a*) e *b*), della più volte richiamata legge 28 dicembre 2015, n. 208, deve avvenire entro il 31 marzo 2016, le condizioni di cui ai precedenti capoversi possono essere verificate dalla Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della salute su richiesta motivata delle regioni interessate, corredata della necessaria documentazione per l'istruttoria. Le risultanze dell'istruttoria saranno condivise formalmente con le regioni interessate nel corso di appositi incontri tecnici, alla presenza del Ministero dell'economia e delle finanze;

Visto l'ultimo capoverso del comma 531, dell'art. 1, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, laddove è previsto che le regioni comunicano ai Tavoli tecnici, di cui agli artt. 9 e 12 della predetta Intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano in data il 23 marzo 2005, l'avvenuta approvazione dei piani di cui all'art. 1, comma 528, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, entro cinque giorni dall'adozione del provvedimento di approvazione di cui ai commi 529 e 530 della citata legge 28 dicembre 2015, n. 208;

Ritenuto necessario che il Ministero della salute e il Ministero dell'economia e delle finanze possano verificare la corretta individuazione delle aziende da sottoporre al piano di cui all'art. 1, comma 528, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, e possano prevedere un approfondimento con le regioni interessate;

Sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome nella seduta del 21 aprile 2016 (Rep. 72/CSR);

Decreta:

Art. 1.

Per le motivazioni di cui in premessa, che qui s'intendono riportate quale parte integrante e sostanziale, in attuazione dell'art. 1, comma 526, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, sono approvati l'allegato tecnico *a*), l'allegato tecnico *b*) e le linee guida per la predisposizione dei piani di cui all'art. 1, comma 528, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 che formano parte integrante del presente decreto.

Il presente decreto sarà pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Roma, 21 giugno 2016

Il Ministro della salute: LORENZIN

Il Ministro dell'economia e delle finanze: PADOAN



ALLEGATO TECNICO A)

a) Metodologia per l'individuazione dei costi e per la determinazione dei ricavi delle Aziende Ospedaliere (AO), delle Aziende Ospedaliere Universitarie (AOU) e degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), per la determinazione dello scostamento ai sensi dell'art. 1 comma 524, lettera a), della legge 28 dicembre 2015, n. 208.

1.1.1 Definizione di inefficienza gestionale, scostamento assoluto e scostamento percentuale

La metodologia descritta nel presente documento si propone di individuare il valore dell'inefficienza gestionale delle aziende, intesa come lo «scostamento tra costi rilevati dal modello di rilevazione del conto economico (CE) consuntivo e ricavi determinati come remunerazione dell'attività, ai sensi dell'art. 8-sexies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502», definito nel comma 524, lettera a), dell'art. 1, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 (legge di stabilità 2016).

Al fine di valutare l'inefficienza gestionale, dunque, il valore dei costi sostenuti dalle aziende è messo a confronto con il valore dei ricavi considerati ammissibili, secondo il procedimento descritto in seguito nel dettaglio, in coerenza con il rationale introdotto dall'art. 8-sexies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 che pone al 30%, la soglia dell'incidenza massima che possono avere le funzioni sul totale della remunerazione assegnata.

Per ciascuna Azienda si calcola lo scostamento assoluto (S) e lo scostamento percentuale (S%), dove:

Scostamento assoluto (S) = Costi - Ricavi massimi ammissibili

Con:

Costi = Costi da CE - Oneri straordinari

Ricavi massimi ammissibili =

Ricavi da prestazioni_{new} (si veda paragrafo 1.1.3.1 per la descrizione) +

Finanziamento per funzioni massimo ammissibile +

altri ricavi relativi alle entrate proprie, alle sterilizzazioni e alla gestione finanziaria

Lo Scostamento percentuale (S%), in coerenza con il rationale introdotto dall'art. 8-sexies del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni, è così definito:

Scostamento % (S%)

$$= \frac{S}{\text{Ricavi da prestazioni}_{new} + \text{Finanziamento per funzioni massimo ammissibile}}$$

Il denominatore dello scostamento percentuale è calcolato in coerenza con l'art. 8-sexies del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni ed è il totale della remunerazione dell'attività, ovvero la somma dei ricavi da prestazione normalizzati (vedi paragrafo 1.1.3.1) e finanziamento per funzioni massimo ammissibile.

Il calcolo dello scostamento sopra descritto, è effettuato in prima applicazione, per l'anno 2016, con riferimento ai dati CE relativi al IV trimestre 2015. Dall'anno 2017 si fa riferimento ai valori contabilizzati nei CE a consuntivo relativi all'ultimo anno disponibile.

Si ricorda che, in base a quanto disposto dall'art. 1, comma 524, lettera a), della legge 28 dicembre 2015, n. 208, lo scostamento assoluto che determina la presentazione del piano di cui all'art. 1, comma 528, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, è pari a 10 milioni di euro mentre lo scostamento percentuale è pari o superiore al 10%.

1.1.2 Costi

I costi da considerare per il calcolo dello scostamento sono i costi complessivi al netto degli oneri straordinari rilevati con il modello CE, ovvero la somma delle seguenti voci:

- B.1) Acquisti di beni
- B.2) Acquisti di servizi
- B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)
- B.4) Godimento di beni di terzi
- B.5) Personale del ruolo sanitario
- B.6) Personale del ruolo professionale
- B.7) Personale del ruolo tecnico
- B.8) Personale del ruolo amministrativo
- B.9) Oneri diversi di gestione
- B.10) Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali
- B.11) Ammortamenti delle immobilizzazioni materiali
- B.14) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti
- B.15) Variazione delle rimanenze
- B.16) Accantonamenti dell'esercizio
- C.3) Interessi passivi
- C.4) Altri oneri
- D.2) Svalutazioni
- Totale imposte e tasse (Y)

1.1.3 Ricavi massimi ammissibili

I ricavi da considerare per il calcolo dello scostamento sono calcolati come somma di tre componenti:

1. Ricavi da prestazioni_{new}, determinati come di seguito specificato al paragrafo 1.1.3.1;
2. Finanziamento per funzioni massimo ammissibile, determinato come di seguito specificato al paragrafo 1.1.3.2;
3. Altri ricavi relativi alle entrate proprie, alle sterilizzazioni e alla gestione finanziaria, di cui al paragrafo 1.1.3.3.

1.1.3.1 Ricavi da prestazioni new

I ricavi da prestazioni sono così determinati:

A.4.A) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a soggetti pubblici (ad esclusione di A.4.A.2 Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate ad altri soggetti pubblici);



A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket);

A.1.B.1.3) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura extra LEA.

Alcune regioni sono caratterizzate da tariffe diverse rispetto a quelle di riferimento nazionale (ex decreto ministeriale 18 ottobre 2012), in quanto, ad esempio, alcune utilizzano la leva tariffaria per integrare il finanziamento alle aziende che in altre Regioni viene integrato attraverso le funzioni assistenziali, mentre quelle in Piano di rientro sono tenute al rispetto del tariffario massimo nazionale e talvolta adottano tariffe inferiori, è necessario rendere confrontabili tra loro Regioni che hanno comportamenti remunerativi diversi. A questo fine, per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera, ed in particolare le voci CE A.4.A.1.1) Prestazioni di ricovero a rilevanza sanitaria erogate ad Aziende sanitarie pubbliche della Regione e A.4.A.3.1) Prestazioni di ricovero a rilevanza sanitaria erogate a soggetti pubblici Extraregione, considerato che il ricavo contabilizzato nel CE è valorizzato con la tariffa regionale, è stato adottato il seguente criterio di normalizzazione:

in sede di prima applicazione, per l'anno 2016, si calcola il delta tariffario percentuale (tra il valore contabilizzato a CE consuntivo 2014 nelle voci A.4.A.1.1) Prestazioni di ricovero a rilevanza sanitaria erogate ad Aziende sanitarie pubbliche della Regione e A.4.A.3.1) Prestazioni di ricovero a rilevanza sanitaria erogate a soggetti pubblici Extraregione e il valore dei ricavi dalle prestazioni ospedaliere erogate durante l'anno 2014 desumibile dal flusso informativo SDO valorizzato a tariffe nazionali, definite tramite decreto ministeriale 18 ottobre 2012. Pertanto le percentuali di cui all'allegata tabella A esprimono, per ciascuna struttura, l'incidenza della differenza tra il valore dei ricavi da prestazioni ospedaliere contabilizzate a CE consuntivo 2014 e la valorizzazione a tariffe nazionali dei ricoveri ospedaliere desumibile dal flusso SDO 2014, rispetto ai ricavi da prestazioni ospedaliere contabilizzati nel CE.(1) Dall'anno 2017 verranno presi a riferimento i valori contabilizzati nei CE a consuntivo e il Ministero della Salute fornirà le percentuali di cui sopra, sulla base della Banca dati SDO ultima disponibile, al fine della determinazione dell'incidenza della maggiorazione tariffaria.

Il valore della normalizzazione dei ricavi per prestazioni di ricovero è quindi definito nel modo seguente:

Normalizzazione dei ricavi da ricovero = (A.4.A.1.1 Prestazioni di ricovero a rilevanza sanitaria erogate ad Aziende sanitarie pubbliche della Regione + A.4.A.3.1 Prestazioni di ricovero a rilevanza sanitaria erogate a soggetti pubblici Extraregione)* (delta tariffario percentuale da tabella A)».

I «nuovi» ricavi da prestazioni rideterminati al netto del delta tariffario sono quindi così determinati come somma algebrica di:

Ricavi da prestazioni_{new} = Ricavi da prestazioni - normalizzazione dei ricavi da ricovero

Si precisa inoltre che, qualora i ricavi da prestazioni ospedaliere, di pronto soccorso ed ambulatoriali contabilizzati nel CE alle voci A.4.A.1.1, A.4.A.1.2, A.4.A.3.1 e A.4.A.3.2 non fossero coerenti con il valore della casistica osservata nei flussi SDO, EMUR e Tessera Sanitaria a causa di eventuali anomale modalità di compilazione dei CE o altre cause, la Regione, in fase di individuazione delle proprie aziende, è tenuta ad effettuare rispettivamente la valorizzazione di tali ricavi sulla base dei flussi di ricovero (SDO), di pronto soccorso (EMUR)(2) e di attività ambulatoriale (Tessera Sanitaria) ad integrazione dei dati di CE.

1.1.3.2 Finanziamento per funzioni massimo ammissibile

L'art. 8-sexies del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni dispone che «il valore complessivo della remunerazione delle funzioni non può in ogni caso superare il 30 per cento del limite di remunerazione assegnato».

Pertanto, ne deriva che:

$$\begin{aligned} & \text{Finanziamento per funzioni massimo ammissibile} \\ & = x\% * (\text{Finanziamento per funzioni massimo ammissibile} \\ & + \text{Ricavi da prestazioni}_{new}) \end{aligned}$$

Da cui:

$$\text{Finanziamento per funzioni massimo ammissibile} = \left(\frac{x}{1-x} \right) * \text{Ricavi da prestazioni}_{new}$$

Dove: x rappresenta la percentuale massima del finanziamento per funzioni sul totale della remunerazione dell'attività, pari alla somma dei ricavi da prestazione e finanziamento per funzioni massimo ammissibile.

In sede di prima applicazione della norma, la percentuale massima del finanziamento per funzioni sul totale della remunerazione dell'attività è uguale per tutte le aziende oggetto della norma ed è pari al 30 %, il massimo consentito nel comma 1-bis dell'art. 8-sexies del decreto legislativo n. 502/1992 e s.m.i..

1.3.3 Altri ricavi relativi alle entrate proprie, alle sterilizzazioni e alla gestione finanziaria

Gli altri ricavi relativi alle entrate proprie, alle sterilizzazioni e alla gestione finanziaria corrispondono alle seguenti voci di CE:

A.1.A.2) Contributi c/esercizio da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale vincolato

A.1.B.1.1) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) vincolati

A.1.B.2.1) Contributi da Aziende sanitarie pubbliche della Regione o Prov. Aut. (extra fondo) vincolati

A.1.B.3) Contributi da altri soggetti pubblici (extra fondo)

A.1.C) Contributi c/esercizio per ricerca

A.1.D) Contributi c/esercizio da privati

A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti

A.4.A.2) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate ad altri soggetti pubblici

A.4.B) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate da privati v/residenti Extraregione in compensazione (mobilità attiva)

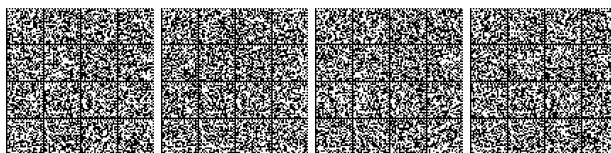
A.4.C) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a privati

A.4.D) Ricavi per prestazioni sanitarie erogate in regime di intramoenia

A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi

(1) Il fattore correttivo è stato calcolato considerando lo stesso anno di riferimento per entrambe le fonti informative, tuttavia qualora nel 2015 la Regione abbia adottato un provvedimento in materia di remunerazione delle prestazioni sanitarie diverso da quello vigente nel 2014, il fattore correttivo dovrà essere modificato per tener conto della variazione intervenuta in materia di politica tariffaria regionale. In tal caso il fattore correttivo nuovo verrà determinato dal Ministero della Salute, a seguito della valutazione del provvedimento regionale che avverrà attraverso appositi incontri dedicati con il Ministero della Salute con le modalità previste nelle premesse del decreto.

(2) L'importo considerato dovrà corrispondere a quello rilevato nel flusso EMUR per i regimi di erogazione 1 e 2 (lordo - importo ticket da flusso)



- A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio
 A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni
 A.9) Altri ricavi e proventi
 C.1) Interessi attivi
 C.2) Altri proventi
 D.1) Rivalutazioni

Stima del delta tariffario da utilizzare per la normalizzazione dei ricavi da prestazioni		
Codice Azienda	Descrizione azienda	Normalizzazione ricavi da prestazioni
010904	AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA S.LUIG	-1%
010905	AZIENDA OSPED. NOVARA E GALLIATE	-2%
010906	AZ. OSPEDAL. S. CROCE E CARLE	-2%
010907	AZ. SS.ANTONIO E BIAGIO E C.ARRIGO	0%
010908	OSPEDALE MAURIZIANO UMBERTO I - TORINO	-1%
010909	AO CITTA' DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA D	-1%
030920	I.N.R.C.A. - PRESIDIO DI CASATENOV	15%
030922	FOND.IRCCS "ISTIT.NAZ.LE TUMORI" MILANO	9%
030923	FOND.IRCCS IST.NAZ. NEUROLOGICO C.BESTA-M	0%
030924	POLICLINICO S. MATTEO - PAVIA	16%
030925	FONDAZ. IRCCS CA' GRANDA - OSPEDALE MAGGI	17%
030951	A.O. OSP.CIRC. FONDAZIONE MACCHI-VARESE	13%
030952	A.O. S.ANTONIO ABATE - GALLARATE	7%
030953	A.O. OSPEDALE DI CIRCOLO - BUSTO ARSIZIO	8%
030954	A.O. SPEDALI CIVILI - BRESCIA	14%
030955	A.O. "MELLINO MELLINI" - CHIARI	8%
030956	A.O. DESENZANO DEL GARDA - DESENZANO G.	6%
030957	A.O. ISTITUTI OSPEDALIERI - CREMONA	3%
030958	A.O. OSPEDALE MAGGIORE - CREMA	9%
030959	A.O. S.ANNA - COMO	9%
030960	A.O. OSPEDALE DI LECCO - LECCO	5%
030962	A.O. PAPA GIOVANNI XXIII	8%
030963	A.O. OSP.TREVIGLIO CARAVAGGIO-TREVIGLIO	3%
030964	A.O. "BOLOGNINI" - SERIATE	4%
030965	A.O. "CARLO POMA" - MANTOVA	15%
030966	A.O. "LUIGI SACCO" - MILANO	17%
030967	A.O. "OSP.NIGUARDA CA'GRANDA"-MILANO	15%
030968	A.O. "IST.CLIN.PERFEZIONAMENTO"-MILANO	12%
030969	A.O. FATEBENEFRA TELLI E OFTALMICO-MILANO	8%
030970	A.O. "SAN PAOLO" - MILANO	21%
030971	A.O. IST.ORTOPEDICO GAETANO PINI-MILANO	-1%
030972	A.O. "S.CARLO BORROMEO" - MILANO	8%
030973	A.O. OSPEDALE CIVILE - LEGNANO	5%
030974	A.O. "G. SALVINI" - GARBAGNATE	8%
030975	A.O. OSPEDALE DI CIRCOLO - MELEGNANO	6%
030976	A.O. OSPEDALE CIVILE - VIMERCATE	9%
030977	A.O. "S.GERARDO" - MONZA	13%
030978	A.O. DELLA PROVINCIA DI LODI	5%
030979	A.O. DELLA PROVINCIA DI PAVIA	5%
030980	A.O. VALTELLINA E VALCHIAVENNA	7%
050901	AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA	15%
050912	AZ. OSP.UNIVERSITARIA INTEGRATA VERONA	14%
050952	I.R.C.C.S. ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO	24%
060901	I.R.C.C.S. BURLO GAROFOLO	5%
060902	CENTRO RIFERIMENTO ONCOLOGICO	-3%
060912	AZIENDA OSPEDALIERA 'S. MARIA DEGLI ANGE	AO CHIUSA
060913	AZ. OSP.UNIV. OSPEDALI RIUNITI DI TRIESTE	-14%
060916	AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA	6%
070901	IRCCS AOU S.MARTINO - IST	2%
070940	IST.G.GASLINI	9%
080902	AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI PAR	14%
080903	AZIENDA OSPEDALIERA DI REGGIO EMILIA	3%
080904	AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI MOD	7%
080908	AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOL	4%
080909	AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI FER	12%
080960	ISTITUTO ORTOPEDICO RIZZOLI	13%



Stima del delta tariffario da utilizzare per la normalizzazione dei ricavi da prestazioni		
Codice Azienda	Descrizione azienda	Normalizzazione ricavi da prestazioni
090901	AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA PISANA	6%
090902	AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA SENESE	0%
090903	AZ. OSPEDALIERO - UNIVERSITARIA CAREGGI	-1%
090904	AZIENDA OSPEDALIERA MEYER	7%
100901	AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA	-2%
100902	AZIENDA OSPEDALIERA 'S. MARIA' - TERNI	-1%
110901	A.O. OSPEDALI RIUNITI MARCHE NORD	-3%
110905	A.O.U. OSPEDALI RIUNITI - ANCONA	2%
110921	OSPEDALI INRCA MARCHE	-1%
120901	AZ. OSP. SAN CAMILLO-FORLANINI	-4%
120902	AZIENDA OSP. S. GIOVANNI/ADDOLORATA ROMA	-5%
120903	AZ. COMPL. OSP. S. FILIPPO NERI	AO CHIUSA
120906	POLICLINICO U. I	-4%
120908	ISTITUTI FISIOTERAPICI OSPITALIERI	-4%
120918	INIMI 'L. SPALLANZANI' - IRCCS	-10%
120919	AZIENDA OSPEDALIERA SANT'ANDREA	-3%
120920	AZ. OSP. UNIV. POLICLINICO TOR VERGATA	0%
150901	AZIENDA OSPEDALIERA 'A. CARDARELLI'	0%
150902	A.O. SANTOBONO-PAUSILIPON	0%
150903	A.azienda Ospedaliera dei Colli	0%
150904	A.O.OO.RR.S.GIOVANNI DI DIO E RUGGI D'AR	0%
150905	AZIENDA OSPEDALIERA S.G. MOSCATI	0%
150906	AZIENDA OSPEDALE 'G. RUMMO'	0%
150907	A.O. SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO CASERTA	0%
150908	AZIENDA UNIVERSITARIA POLICLINICO	0%
150909	A.O.U. 'FEDERICO II' DI NAPOLI	0%
150910	ISTITUTO NAZIONALE TUMORI DI NAPOLI	0%
160901	ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II	1%
160902	IRCCS 'SAVERIO DE BELLIS'	0%
160907	AO UNIV. CONS. POLICLINICO BARI	0%
160910	AO UNIV. 'OO RR FOGGIA'	-2%
170901	AZIENDA OSPEDALIERA REGIONALE 'S. CARLO'	-1%
170910	C.R.O.B. - I.R.C.C.S.	-1%
180912	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	-8%
180913	Azienda Ospedaliera Pugliese De Lellis	0%
180914	A.O. MATER DOMINI CATANZARO	-5%
180915	Azienda Osp. Bianchi-Melacrino-Morelli	1%
180916	INRCA	-18%
190921	A.O. per l'Emergenza Cannizzaro	0%
190922	ARNAS GARIBALDI	4%
190923	A.O.U. POLICLINICO - VITTORIO EMANUELE	1%
190924	aorpapardopiemonte	2%
190925	Azienda Osp. Univ. G. Martino	3%
190926	A.O.R Villa Sofia Cervello	3%
190927	Azienda Ospedaliera 'Civico-Di Cristina-	3%
190928	AZ. OSP. UNIV. P. GIACCONI	5%
190960	IRCCS Centro Neurolesi 'Bonino Pulejo'	38%
200904	AZIENDA OSPEDALIERA G. BROTZU	0%
200905	AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA SS	0%
200906	A.O.U. Cagliari	0%

ALLEGATO TECNICO B)

b) Metodologia per l'individuazione degli ambiti assistenziali e la definizione dei parametri di riferimento relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure

La metodologia per l'individuazione degli ambiti assistenziali e la valutazione dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure, di cui all'art. 1, comma 524, lettera b), della legge 28 dicembre 2015, n. 208 è da intendersi come segue.

Ambiti assistenziali e parametri di riferimento per la valutazione delle strutture ospedaliere

Per l'anno 2016, gli ambiti assistenziali ospedalieri da considerare fanno riferimento alla seguente classificazione delle aree cliniche cardiocircolatoria, sistema nervoso, apparato respiratorio, chirurgia generale, chirurgia oncologica, gravidanza e parto, osteomuscolare.

Per ciascun indicatore, sono definite 5 classi di valutazione. Tali classi di valutazione sono definite in base alle soglie minime di rischio riportate nel decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70, concernente la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, in base ad altre indicazioni normative vigenti, alla letteratura scientifica di riferimento ed in base alla distribuzione



osservata nelle strutture di ricovero presenti nel territorio nazionale, con riferimento al più recente anno disponibile. Per gli indicatori che riguardano gli interventi per tumore della mammella, le colecistectomie laparoscopiche e i parti alle strutture con un volume di attività inferiore al valore soglia riportato nel DM n. 70/2015 viene attribuita la classe di valutazione di più bassa qualità.

A ciascuna delle classi di valutazione si attribuisce un punteggio variabile da 1 (qualità molto alta) a 5 (qualità molto bassa).

A ciascun indicatore si attribuisce un peso proporzionale alla corrispondente rilevanza e validità nell'ambito dell'area clinica cui afferisce.

Per l'anno 2016, si riporta a seguire l'elenco degli indicatori per ciascuna area clinica, elaborati nell'ambito del Programma Nazionale Esiti (PNE) con i corrispondenti pesi e valori soglia da utilizzare per la definizione dei punteggi, elaborati sulla base delle Schede di Dimissione Ospedaliera 2014.

Si dispone che il PNE pubblici annualmente, in un'area appositamente riservata del proprio sito, la valutazione, nei termini sopra descritti, di ogni singola Azienda, insieme all'elenco aggiornato degli ambiti assistenziali di valutazione e degli indicatori con i corrispondenti pesi e fasce, in relazione agli eventuali avanzamenti occorsi nella documentazione scientifica di settore.

Area clinica	Indicatore	Peso (%)		1	2	3	4	5
CARDIOCIRCOLATORIO	Infarto Miocardico Acuto: mortalita' a 30 giorni	30	%	<=6	6-8	8-12	12-14	>14
	Infarto Miocardico Acuto: % trattati con PTCA entro 2 giorni	15	%	>=60	45-60	35-45	25-35	<25
	Scompenso cardiaco congestizio: mortalita' a 30 giorni	10	%	<=6	6-9	9-14	14-18	>18
	By-pass Aortocoronarico: mortalita' a 30 giorni	20	%	<=1.5		1.5-4		>4
	Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalita' a 30 giorni	15	%	<=1.5		1.5-4		>4
	Riparazione di aneurisma non rotto dell aorta addominale: mortalita' a 30 giorni	10	%	<=1		1-3		>3
NERVOSO	Ictus ischemico: mortalita' a 30 giorni	75	%	<=8	8-10	10-14	14-16	>16
	Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalita' a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	25	%	<=1.5		1.5-3.5	3.5-5	>5
RESPIRATORIO	BPCO riacutizzata: mortalita' a 30 giorni	100	%	<=5	5-7	7-12	12-16	>16
CH. GENERALE	Colecistectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 giorni	50	%	>=80	70-80	60-70	50-60	< 50
	Colecistectomia laparoscopica: % interventi in reparti con volume di attivita > 90 casi	50	%	=100	80-100	50-80	30-50	< 30
CH. ONCOLOGICA	Intervento chirurgico per TM mammella: % interventi in reparti con volume di attivita' > 135 casi	33	%	=100	80-100	50-80	30-50	< 30
	Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno	17	%	<= 5	5-8	8-12	12-18	>18
	Intervento chirurgico per TM polmone: mortalita' a 30 giorni	17	%	<= 0.5		0.5-3		>3
	Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalita' a 30 giorni	8	%	<= 2	2-4	4-7	7-10	>10
	Intervento chirurgico per TM colon: mortalita' a 30 giorni	25	%	<= 1	1-3	3-6	6-8	>8
GRAVIDANZA E PARTO	Proporzione di parti con taglio cesareo primario	80	%	<= 15	15-25	25-30	30-35	>35
	Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	10	%	<= 0.20		0.20-0.70		>0.70
	Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	10	%	<= 0.30		0.30-1.2		>1.2
OSTEOMUSCOLARE	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni	90	%	>=70	60-70	50-60	40-50	< 40
	Frattura della Tibia e Perone: tempi di attesa per intervento chirurgico	10	gg	< 2	2-4	4-6	6-8	>=8



Individuazione delle strutture ospedaliere che presentano le condizioni di cui all'articolo 1, comma 524, lettera b), della legge 28 dicembre 2015, n. 208.

Per ogni stabilimento di ente ospedaliero si determinano le seguenti misure per ciascun'area clinica, facendo riferimento, per il 2016, alle dimissioni ospedaliere del 2014.

1. la quota di attività erogata sul totale, considerando esclusivamente i ricoveri in regime ordinario con degenza maggiore di un giorno relativi a tutta l'attività non esclusivamente diagnostica di quell'area clinica in base ai criteri pubblicati dal Programma Nazionale Esiti (PNE) e rivalutati annualmente;

2. il punteggio corrispondente al valore conseguito da ciascun indicatore, classificato in base a 5 classi di valutazione della qualità assistenziale: molto alta, alta, media, bassa, molto bassa. La tabella con l'elenco degli indicatori, dei pesi e delle classi di valutazione è prodotta e pubblicata annualmente dal PNE. Per gli indicatori che riguardano il parto, la colecistectomia e gli interventi per tumore della mammella, alle strutture con un volume di attività inferiore al valore soglia, come riportato nel succitato decreto ministeriale DM n. 70/2015, corrisponde la classe di valutazione più bassa, indipendentemente dal valore dell'indicatore;

3. il punteggio complessivo, ottenuto come media dei punteggi conseguiti dagli indicatori rappresentativi dell'area, ponderando ciascun indicatore con il peso ad esso attribuito per rilevanza e validità nell'ambito dell'area clinica cui afferisce.

Per ogni stabilimento di ente ospedaliero, la metodologia consente, pertanto, di classificare il punteggio complessivo di ciascun'area clinica in base a 5 classi di valutazione della qualità assistenziale (molto alta, alta, media, bassa, molto bassa) che derivano dalla procedura descritta al punto 3.

Si individuano gli Enti per cui sussistono le condizioni di cui all'art. 1, comma 524, lettera b), della legge 28 dicembre 2015, n. 208, quali quelli per cui almeno uno stabilimento presenta una o più aree cliniche cui corrisponde: un punteggio corrispondente a qualità assistenziale molto bassa ed attività ospedaliera complessivamente erogata in tali aree, in regime ordinario con degenza maggiore di 1 giorno, in misura superiore al 15% delle dimissioni totali effettuate dallo stabilimento stesso, oppure un punteggio corrispondente a qualità assistenziale bassa ed attività ospedaliera complessivamente erogata in misura superiore al 33% delle dimissioni effettuate dallo stabilimento. Nel caso di ospedali riuniti, per il calcolo delle predette percentuali di dimissioni totali del 15% e del 33%, si fa riferimento ai dimessi dell'intera azienda ospedaliera. Sono escluse dalla valutazione le aree cliniche cui corrisponde bassa qualità assistenziale per effetto dei volumi di attività inferiori ai valori soglia, di cui al citato decreto ministeriale n. 70/2015, rispettivamente, per le colecistectomie laparoscopiche e per i parti.

Negli anni successivi al 2016 la sussistenza delle condizioni di cui all'art. 1, comma 524, lettera b) sarà operata a partire dalla valutazione più recente disponibile desunta dal Programma Nazionale Esiti (PNE).

Linee guida per la predisposizione dei Piani di cui all'art. 1, comma 528, della legge 28 dicembre 2015, n. 208

1.1 Premessa

La legge 28 dicembre 2015 n. 208 (Legge di stabilità 2016) all'art. 1, commi 524, 525 e 526, introduce i Piani delle Aziende Ospedaliere (AO), Aziende Ospedaliere Universitarie (AOU) e Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) pubblici come strumenti per il perseguimento dell'efficienza gestionale delle aziende stesse da approvarsi ai sensi dell'art. 1, commi 529 e 530 della legge 28 dicembre 2015, n. 208. Nel dettaglio, il comma 524 della stessa legge, individua come determinanti dell'ingresso nei piani di cui all'art. 1, comma 528, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, la presenza di almeno una delle seguenti condizioni:

uno scostamento tra costi rilevati dal modello di rilevazione del conto economico (CE) consuntivo e ricavi determinati come remunerazione dell'attività, ai sensi dell'art. 8-sexies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, pari o superiore al 10 per cento dei suddetti ricavi, o, in valore assoluto, pari ad almeno 10 milioni di euro, secondo le modalità di individuazione descritte nell'allegato tecnico a);

il mancato rispetto dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure, valutato secondo la metodologia prevista dal decreto di cui al comma 526, secondo le modalità di individuazione descritte nell'allegato tecnico b).

Gli enti individuati ai sensi del comma 524, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 dovranno predisporre il piano di cui all'art. 1, comma 528, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, da trasmettere alla Regione entro i 90 giorni successivi all'emanazione del provvedimento di individuazione dei suddetti enti.

In attuazione del dettato normativo, il presente documento descrive le linee guida per la predisposizione dei piani di cui all'art. 1, comma 528, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, a fronte del verificarsi di una o di entrambe le condizioni sopra descritte.

Tale piano viene valutato, ai sensi dell'art. 1, commi 529 e 530, della legge 28 dicembre 2015, n. 208.

Il Piano di cui all'art. 1, comma 528, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 specifico per il recupero dello scostamento negativo tra costi e ricavi definito nel comma 524, lettera a) della legge 28 dicembre 2015, n. 208 (legge di stabilità 2016)

I piani dovranno essere disegnati sulla base dei seguenti passi:

1) analizzare la situazione economico-gestionale dell'azienda negli ultimi tre anni anche alla luce dei cambiamenti intervenuti, anche normativi, caratterizzanti il contesto di riferimento, al fine di comprendere le cause sia interne che esterne alla gestione che abbiano portato l'azienda nella situazione attuale;

2) sulla base di quanto emerge dalle analisi di cui al punto precedente, definire la strategia da perseguire nei successivi anni, individuando obiettivi, interventi e azioni compatibili con le caratteristiche dell'azienda e in coerenza con il ruolo nella rete dell'offerta, perseguendo altresì il riequilibrio economico finanziario delle aziende interessate e la tutela nell'erogazione dei LEA;

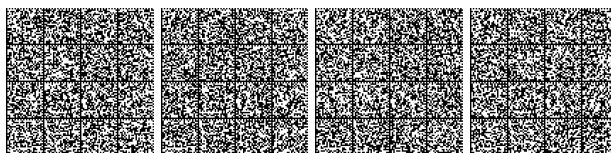
3) predisporre il Conto Economico Tendenziale e Programmatico;

4) definire gli strumenti di monitoraggio, verifica ed analisi dell'attuazione del piano, attraverso indicatori di tipo quantitativo e qualitativo.

I piani aziendali delle regioni in piano di rientro regionale, anche commissariate per l'attuazione dello stesso, sono resi adeguati e coerenti alle misure previste dal piano di rientro regionale o dal programma operativo di prosecuzione dello stesso, predisposto ai sensi dell'art. 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, e successive modificazioni, e ai sensi dell'art. 15, comma 20, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, e successive modificazioni. Le regioni medesime evidenziano, in apposita sezione del programma operativo di prosecuzione del piano di rientro regionale, l'eventuale sussistenza di piani di enti del proprio Servizio sanitario regionale, nonché dei relativi obiettivi di riequilibrio economico-finanziario e di miglioramento dell'erogazione dei LEA.

1.1.1 Passo 1: Analisi della situazione economico gestionale dell'ultimo triennio

Il primo passo consiste nel descrivere l'evolversi della situazione economico/finanziaria e gestionale dell'azienda nell'ultimo triennio al fine di evidenziare i trend principali che hanno influenzato la performance aziendale.



La rappresentazione della situazione economico finanziaria serve ad identificare le cause oggettive che hanno portato alla situazione di disavanzo, definito secondo la metodologia riportata nell'allegato tecnico *a)* del decreto.

Rileva conoscere lo stato di implementazione della contabilità analitica aziendale in termini di anno di implementazione, copertura e dettaglio di analisi possibile.

Al fine di riportare in modo esaustivo la situazione aziendale, si definiscono nel seguito le analisi fondamentali per la rappresentazione di costi e ricavi:

Ricavi:

Analisi dei dati di produzione degli ultimi 3 anni e descrizione dei principali eventi che hanno caratterizzato l'evoluzione (es. dati di attività, quali gg degenza, numero di dimessi, prestazioni ambulatoriali, analisi delle liste di attesa, ecc...);

Rappresentazione delle «principali» attività non legate al concetto di «tariffa» o «integrazione della stessa» e variazione delle stesse negli ultimi 3 anni;

Ruolo dell'azienda nella rete di offerta regionale con particolare riferimento alla rete di emergenza-urgenza;

Analisi dell'attività erogata e modalità di remunerazione della stessa;

Rappresentazione dell'attività erogata in intramoenia;

Riconciliazione tra valore gestionale e valore contabile.

Costi:

Evoluzione nel tempo degli FTE del personale per ruolo, profilo, forma di contratto (indeterminato, determinato, altre tipologie di lavoro flessibile) e UO dando evidenza di cessati e assunti per anno e, per il personale a tempo determinato, evidenza della scadenza, durata e rinnovo dei contratti;

Individuazione del costo medio per profilo;

Evoluzione nel tempo dell'acquisto di servizi sanitari e non, per UO sia in termini di costo che di servizi acquistati (cooperative, consulenze, ecc), con indicazione del determinante del costo e il relativo valore unitario associato;

Evoluzione nel tempo della spesa farmaceutica per UO e GG di degenza sia in termini di prezzo (es. per i farmaci ad alto costo rilevazione del prezzo unitario medio d'acquisto e incidenza del costo sul valore DRG) che di quantità (es. correlazione tra quantità acquistate e GG degenza);

Evoluzione nel tempo della spesa per dispositivi medici per UO e numero di ricoveri sia in termini di prezzo (es. per i dispositivi ad alto costo rilevazione del prezzo unitario medio d'acquisto e incidenza del costo sul valore DRG) che di quantità (es. correlazione tra quantità acquistate e numero di ricoveri);

Evoluzione nel tempo della spesa per altro materiale sanitario per UO sia in termini di costo medio che di quantità acquistate;

Evoluzioni di altre voci rilevanti e relativi parametri fisici/tecnici collegati (es investimenti, insussistenze e sopravvenienze).

Le analisi sui principali trend dell'azienda dovranno essere sviluppate con un livello di dettaglio adeguato ed uniforme (ad esempio, UO, disciplina, struttura) in relazione anche all'organizzazione dell'azienda, ai dati disponibili e alla tipologia di dato analizzato.

I dati necessari ai fini delle analisi dovranno basarsi sulle evidenze quantitative derivanti dai flussi/informazioni disponibili a livello regionale e nazionale (banche dati SIS-NSIS), sia di natura gestionale (flussi SDO, HSP, STS, Conto Annuale, ecc.), che di natura economico finanziaria (CE consuntivi/trimestrali, SP, LA). Tali dati devono comunque essere supportati da un sistema aziendale di contabilità analitica e controllo di gestione in grado di rilevare e correlare dati di attività e fattori produttivi.

1.1.2 Passo 2: Definizione degli obiettivi, interventi e azioni

Una volta individuate le cause che hanno portato ad una situazione economico gestionale negativa deve essere definita la strategia aziendale a partire da:

Punti di forza e punti di debolezza emersi dalle analisi dell'ultimo triennio in termini sia economici che gestionali;

Ruolo attuale dell'azienda all'interno della rete regionale e nazionale;

Vincoli normativi definiti a livello nazionale (es: Decreto ministeriale n.70/2015) e regionale (programmazione regionale).

Identificata la strategia che l'azienda intende perseguire, si definiscono gli obiettivi e relative manovre di efficientamento della spesa e controllo dei fabbisogni.

In considerazione delle interdipendenze esistenti tra i diversi obiettivi è necessario che per ciascun intervento di riassetto strutturale venga indicata l'interdipendenza con gli altri. In particolare, ad esempio, si ritiene opportuno, che qualsiasi intervento di riassetto strutturale dell'attività erogata e di riorganizzazione dell'offerta vada accompagnato da azioni volte alla razionalizzazione dell'utilizzo dei fattori produttivi (es. personale).

Si riportano in seguito alcuni ambiti sui quali si ritiene ragionevole concentrare l'attenzione al fine di definire obiettivi e manovre per il prossimo triennio; l'elenco degli ambiti proposti è tuttavia da considerarsi non esaustivo in quanto dipende dalle specificità aziendali.

1.1.2.1 Potenziamento dell'utilizzo efficiente delle risorse disponibili

In generale, il piano di cui all'art. 1, comma 528, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, deve avere come fine ultimo l'efficientamento dei processi produttivi che consenta di riequilibrare il rapporto costi-ricavi.

Le aziende dovranno lavorare sulla ottimizzazione dei ricavi, perseguendo la saturazione delle risorse disponibili, attraverso interventi organizzativi sul personale e sulle apparecchiature/strutture finalizzati al:

prolungamento dell'orario di apertura e dell'attività delle sale operatorie;

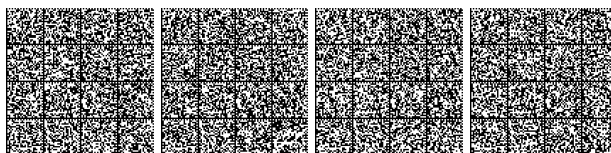
prolungamento dell'orario di apertura di ambulatori ed erogazione servizi diagnostici;

utilizzo più efficiente ed efficace delle tecnologie presenti.

Tali interventi dovranno essere programmati ed effettuati in accordo con la programmazione regionale.

1.1.2.2 Corretto dimensionamento delle unità operative

Una delle leve perseguibili nell'ambito del piano aziendale è quella relativa al corretto dimensionamento delle unità operative di degenza. È infatti noto che unità operative «piccole», con posti letto inferiori a 15/20, sono particolarmente inefficienti per quanto attiene il costo del personale che deve garantire presenza 24h per 365 giorni/anno, con particolare riferimento al personale infermieristico. Infatti la necessità, di coprire i turni, anche in considerazione delle disposizioni dell'unione europea in materia di articolazione dell'orario di lavoro, determina che vengano allocati ad unità operative «piccole», a seconda della tipologia di assistenza, tipicamente con un numero di posti letto inferiore a 15/20, un numero di unità di personale di gran lunga superiore a quello che sarebbe necessario per rispettare un livello di assistenza, misurabile in minuti di assistenza al giorno per paziente, che l'azienda si può dare come obiettivo o derivabile da parametri di riferimento regionali/nazionali.



In relazione alla circostanza che, per intervenire sul problema delle unità operative piccole, è necessario condurre anche interventi di riorganizzazione (es: riorganizzazione degli spazi, aggregazioni di reparti, possibili modifiche strutturali che consentano una gestione più efficiente del reparto), si ritiene che interventi di questa tipologia siano perseguibili nell'orizzonte temporale dei 3 anni di piano.

1.1.2.3 Ottimizzazione della tipologia e quantità di prestazioni erogate e perseguimento di appropriatezza ed efficienza nell'erogazione dell'assistenza

Altro intervento è quello legato alle quantità di prestazioni da erogare, per tipologia, sulla base del ruolo che l'azienda dovrà assumere all'interno della rete regionale e nazionale attraverso la riqualificazione delle attività erogate.

Un esempio è dato dalla presenza di un'unità operativa che eroga poche prestazioni afferenti ad una disciplina. In fase di predisposizione del piano sarà necessario da parte della regione, in coerenza con la propria programmazione e con il decreto ministeriale n. 70/2015, dare indicazioni circa il mantenimento o meno di talune strutture operative anche prevedendo eventuali accorpamenti di disciplina con altre aziende.

Ciascuna azienda, a partire dalla misura dell'attuale attività erogata, dovrà definire i propri obiettivi quantitativi di riferimento per l'erogazione dell'assistenza ospedaliera e territoriale. Tali obiettivi dovranno essere definiti:

sulla base di un fabbisogno di prestazioni coerente con gli obiettivi della propria programmazione regionale;

tenendo in considerazione indicatori sviluppati a livello nazionale e parametri di riferimento resi disponibili dal Ministero della Salute sia per quanto attiene la riduzione dell'inappropriatezza nell'erogazione dell'assistenza, sia per quanto attiene l'inefficienza in termini di durate di degenza per tipologia di prestazione.

A partire dagli obiettivi quantitativi così definiti, sarà possibile pianificare gli interventi di adeguamento della rete di offerta, intesa come adeguamento del numero di stabilimenti/unità operative, attraverso disattivazioni ed accorpamenti. Tali interventi dovranno essere pianificati in coerenza con i provvedimenti regionali di ridefinizione della rete di offerta predisposti in attuazione dell'art. 1, comma 541, lettera a), della legge di stabilità 2016 che dispone che le Regioni entro il 29 febbraio «ove non abbiano ancora adempiuto a quanto previsto dall'art. 1, comma 2, del regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70, adottano il provvedimento generale di programmazione di riduzione della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio sanitario regionale nonché i relativi provvedimenti attuativi.»

1.1.2.4 Perseguimento dell'efficienza produttiva in termini di quantità e/o prezzo dei fattori produttivi impiegati

Gli interventi strutturali sui fattori produttivi potranno concentrarsi:

sulle quantità consumate, intervenendo:

sulla quantità assorbita/consumata di fattori produttivi a parità di produzione;

sulla razionalizzazione dei fattori produttivi in coerenza con l'eventuale riduzione della quantità di assistenza prodotta a seguito della riorganizzazione dell'offerta di posti letto della struttura come esposto al punto precedente;

sui costi per unità di fattore produttivo consumato, agendo sulle modalità di acquisto, sulla rinegoziazione e su dati di benchmark, in coerenza con la specifica normativa di settore.

1.1.2.5 Perseguimento dell'efficienza produttiva: la razionalizzazione del personale

Poiché il personale rappresenta la principale voce di costo delle aziende, il perseguimento dell'efficienza gestionale non può prescindere dall'ottimizzazione dell'impiego di tale fattore produttivo.

A tal fine, ciascun piano dovrà contenere al suo interno una quantificazione del personale in eccesso per ruolo, profilo e specialità per unità operativa di appartenenza, misurato come differenziale tra il fabbisogno predeterminato a livello aziendale e la dotazione attuale. La determinazione del fabbisogno di personale a livello aziendale dovrà risultare coerente con la quantificazione del fabbisogno effettuata dalle Regioni ai sensi del comma 541, lettera b), dell'art. 1 della legge di stabilità 2015 (legge 28 dicembre 2015, n. 208) e, conseguentemente, ove necessario, dovrà comportare la revisione della dotazione organica mediante adozione di nuovo atto aziendale.

Ciascuna azienda sarà, inoltre, tenuta a verificare, sulla base delle cessazioni di personale attese nel triennio di piano, quali risorse afferiscono alle tipologie (ruolo, profilo e specialità) identificate come in eccesso: per tali tipologie di personale l'azienda dovrà prevedere il blocco totale del turn over.

Pertanto, qualora all'interno di una singola unità operativa dell'azienda si verificasse la carenza di personale appartenente a profili rientranti nelle categorie identificate come in eccesso a livello complessivo, l'azienda sarà tenuta a ricorrere al trasferimento di detto personale, nel rispetto delle disposizioni legislative e contrattuali vigenti, dalle unità operative in cui è stato rilevato un eccesso per il medesimo profilo professionale.

Il personale che dovesse risultare in eccesso a seguito dell'espletamento delle procedure di cui ai punti precedenti, sarà posto in mobilità nel rispetto delle disposizioni legislative e contrattuali vigenti in materia.

1.1.3 Passi 3 e 4: Predisposizione del Conto Economico Tendenziale e Programmatico, monitoraggio delle azioni e verifica dei risultati

Una volta definite le possibili azioni e manovre che l'azienda vorrà adottare, sarà necessario predisporre il Conto economico «Tendenziale», valorizzare gli effetti economici di tali azioni e manovre e infine costruire il Conto economico «Programmatico.» In particolare:

Conti Economici Tendenziali: sono i conti economici da redigere per il periodo di riferimento definibili come inerziali, ovvero rappresentativi delle dinamiche già insite nell'azienda. La logica alla base del CE Tendenziale è che anche in assenza di interventi sul sistema, i costi sostenuti dall'azienda nel tempo sono destinati a variare. Tipicamente esistono variabili esogene che influenzano tali andamenti quali per esempio l'inflazione;

Manovre: le manovre rappresentano gli impatti economici degli interventi programmati nell'orizzonte temporale (interventi aggiuntivi/correttivi delle dinamiche tendenziali);

Conti Economici Programmatici: sono i Conti Economici obiettivo per il periodo di riferimento derivanti dall'applicazione delle manovre ai valori tendenziali (i costi saranno maggiori rispetto a quelli tendenziali per le manovre che generano un incremento di spesa, viceversa i costi saranno inferiori rispetto a quelli tendenziali per le manovre che generano una contrazione della spesa).

Il Piano deve contenere anche la seguente tabella di sintesi degli effetti scontati nel piano stesso.



RICAVI	VOCE	2016		2017		2018	
		tendenzie (a)	manovra (b)	tendenzie (a)	manovra (b)	tendenzie (a)	manovra (b)
	contributi da Regione e Prov. Aut. per quota F.S. regionale						
1	rettifica contributi in esercizio per destinazione ad investimenti						
2	contributi da regione a titolo di copertura extra LEA						
3	utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti						
4	altri contributi in conto esercizio						
5	mobilità attiva intra						
6	mobilità attiva extra regionale						
7	pay back						
8	compartecipazioni						
9	altre entrate						
10	costi capitalizzati						
11	rettifiche contributi in esercizio per destinazione ad investimenti -						
12	altri contributi						
	TOTALE RICAVI						
	13=1+2+3+4+5+6+7+8+9+10+11+12						

COSTI	VOCE	2016		2017		2018	
		tendenzie (a)	manovra (b)	tendenzie (a)	manovra (b)	tendenzie (a)	manovra (b)
	personale						
14	irap						
15	beni						
16=16a+16b	beni sanitari						
16a	beni non sanitari						
16b	servizi						
17=17a+17b	servizi sanitari						
17a	servizi non sanitari						
17b	prestazioni da privato						
18=18a+18b+18c+18d+18e+18f	medicina di base						
18a	farmaceutica convenzionata						
18b	assistenza specialistica da privato						
18c	assistenza riabilitativa da privato						
18d	assistenza ospedaliera da privato						
18e	altre prestazioni da privato						
18f	prestazioni da pubblico						
19	mobilità passiva intraregionale						
20	mobilità passiva extraregionale						
21	accantonamenti						
22	oneri finanziari						
23	oneri fiscali (netto irap)						
24	saldo poste straordinarie						
25	saldo intramoenia						
26	ammortamenti						
27	rivalutazioni e svalutazioni						
28	TOTALE COSTI						
	29=14+15+16+17+18+19+20+21+22+23+24+25+26+27+28						
	RISULTATO DI ESERCIZIO						
	30=13-29						

Iscrizione quota FSR da operarsi da parte della GSA ai sensi dell'articolo 1, comma 531, della legge n. 208/2015



La programmazione regionale, ai fini della definizione della ripartizione delle risorse di parte corrente tra le aziende del proprio SSR, tiene conto anche della presenza di aziende in piano e del valore di funzioni ammissibili (di cui all'allegato tecnico *a*) del Decreto. Ai fini dell'elaborazione dei conti economici programmatici ogni azienda in piano dovrà dare evidenza del valore del finanziamento per funzioni assegnato dalla Regione nella voce «AA0030 - A.1.A.1) Contributi da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale indistinto».

Il Bilancio di previsione, di cui all'art. 25 del decreto legislativo n. 118/2011, è predisposto dalle aziende coerentemente alla programmazione regionale e al proprio piano e prevede:

la coincidenza tra il risultato del Conto Economico Programmatico e quello del Conto Economico Previsionale;

per il secondo e il terzo anno di attuazione del piano, eventuali aggiornamenti che si rendessero necessari in ragione dei risultati di esercizio annuali.

Ai fini di quanto previsto dall'art. 1, comma 531, della legge n. 208/2015, al fine di garantire l'equilibrio del Servizio sanitario regionale nel suo complesso, la GSA iscrive nel proprio bilancio di previsione e consuntivo nella voce «AA0030 - A.1.A.1) Contributi da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale indistinto», una quota del FSR corrispondente alla somma degli eventuali scostamenti negativi previsti dai piani dei propri enti e rende indisponibile tale importo.

La Regione annualmente verifica lo stato di attuazione del piano e il raggiungimento degli obiettivi previsti. Il mancato raggiungimento degli obiettivi fissati nel piano aziendale comporta la decadenza automatica del Direttore Generale ai sensi dell'art. 1, comma 534, della legge n. 208 del 28 dicembre 2015 (legge di stabilità 2016).

In sede di predisposizione della nota integrativa annuale le aziende in piano danno evidenza della quota di finanziamento aggiuntivo da riceverci a titolo di ripiano disavanzo programmato da parte della Regione. Contestualmente la GSA, nella propria nota integrativa, fornisce specifica evidenza della quota di fondo iscritta per garantire l'equilibrio del Servizio sanitario regionale ai sensi dell'art. 1, comma 531, della legge n. 208/2015, da destinare a titolo di ripiano disavanzo programmato delle aziende in piano.

Per supportare le Aziende in questo processo la Regione, potrà mettere a disposizione delle aziende del proprio territorio sia l'indicazione di una struttura di costi benchmark in termini di incidenza percentuale di costi sui ricavi, sia una serie di indicatori di performance/valori obiettivo in termini di fabbisogno di risorse teorico correlato ai volumi di attività erogati (es. parametri di riferimento per la dotazione di personale). La disponibilità di questi parametri faciliterà le aziende da un lato nell'identificare le aree di intervento in termini di manovre di contenimento dei costi, dall'altro a definirne l'entità, oltre a supportare la Regione nel processo di valutazione e approvazione dei piani stessi.

Esempi di questi valori obiettivo possono essere:

Dotazione organica teorica di personale per disciplina (calcolato in funzione delle giornate di degenza/prestazioni erogate e dei requisiti di accreditamento previsti dalla normativa regionale in materia di autorizzazione ed accreditamento laddove applicabili);

Costo di farmaci per giornata di degenza per disciplina;

Costo di beni sanitari (escluso farmaci) per giornata di degenza;

Costo della giornata alimentare.

Per ciascuno degli interventi/azioni che si intendono realizzare, per il raggiungimento dei suddetti obiettivi è necessario che siano riportati:

indicatori di risultato, anche economico, che attestino la realizzazione degli stessi;

il cronoprogramma delle scadenze intermedie e finali che dovranno essere rispettate;

l'impatto economico e il relativo procedimento di calcolo;

chiara identificazione del responsabile del procedimento attuativo.

Alcuni interventi/azioni potrebbero non produrre un impatto economico, ovvero tale impatto potrebbe essere ricompreso in altri interventi/azioni, o potrebbe non essere immediatamente calcolabile, in tali casi è necessario riportare comunque tutte le altre informazioni sopra elencate (indicatori di risultato, cronoprogramma, etc.)

In considerazione dell'entità dello squilibrio presente quale approssimazione dell'inefficienza gestionale, sono consigliati i seguenti obiettivi,

per le aziende per le quali lo scostamento percentuale (S%) risulta pari o inferiore al 20%, è consigliato un rientro al termine del triennio di vigenza del piano di almeno il 70% di detto scostamento, con un minimo di rientro sin dal primo anno di vigenza del 20%, lasciando alla programmazione regionale l'individuazione della soglia per i successivi due anni;

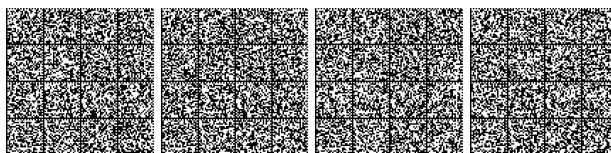
per le aziende per le quali lo scostamento percentuale (S%) risulta superiore al 20% e inferiore o uguale al 30%, è consigliato un rientro al termine del triennio di vigenza del piano di almeno il 60% di detto scostamento, con un minimo di rientro sin dal primo anno di vigenza del 20%, lasciando alla programmazione regionale l'individuazione della soglia per i successivi due anni;

per le aziende per le quali lo scostamento percentuale (S%) risulta superiore al 30% e inferiore o uguale al 45%, è consigliato un rientro al termine del triennio di vigenza del piano di almeno il 50% di detto scostamento, con un minimo di rientro sin dal primo anno di vigenza del 15%, lasciando alla programmazione regionale l'individuazione della soglia per i successivi due anni;

per le aziende per le quali lo scostamento percentuale (S%) risulta superiore al 45%, è consigliato un rientro al termine del triennio di vigenza del piano di almeno il 40% di detto scostamento, con un minimo di rientro sin dal primo anno di vigenza del 10%, lasciando alla programmazione regionale l'individuazione della soglia per i successivi due anni;

Ai sensi di quanto disposto dall'art. 1, comma 531, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, fermo restando quanto previsto dall'art. 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e successive modificazioni, e quanto previsto dall'art. 2, commi 77 e 86, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, al fine di garantire l'equilibrio del Servizio sanitario regionale nel suo complesso, la Gestione sanitaria accentrata, di cui all'art. 19, comma 2, lettera *b*), punto *i*), del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, iscrive annualmente nel proprio bilancio una quota di fondo sanitario regionale corrispondente alla somma degli eventuali scostamenti negativi annuali previsti nei piani degli enti del proprio Servizio sanitario regionale. Nel caso in cui si verificano le condizioni di cui ai commi 524 e 525, la regione che è avvalsa della facoltà di cui all'art. 23 del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, è tenuta ad istituire la Gestione sanitaria accentrata, di cui all'art. 19, comma 2, lettera *b*), punto *i*), del medesimo decreto legislativo n. 118 del 2011.

Tale disposizione è verificata dai Tavoli tecnici di cui agli articoli 9 e 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005. A tal fine la regione comunica ai suddetti Tavoli tecnici l'avvenuta approvazione dei piani degli enti del proprio Servizio sanitario regionale entro cinque giorni dall'adozione del provvedimento di approvazione e l'importo degli scostamenti negativi previsti nei medesimi piani. La regione trasmette il bilancio previsionale pluriennale dando evidenza delle quote di fondo sanitario iscritte in appositi capitoli del bilancio regionale per ciascuno degli anni di vigenza dei piani ai sensi dell'art. 1, comma 531, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, fermo restando quanto previsto dall'art. 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e successive modificazioni, e quanto previsto dall'art. 2, commi 77 e 86, della legge 23 dicembre 2009, n. 191,



Si ricorda inoltre che, ai sensi di quanto disposto dall'art. 1, comma 533 della legge n. 208/2015, la regione, ovvero il Commissario ad acta ove nominato, verifica trimestralmente l'adozione e la realizzazione delle misure previste dai piani di cui ai commi 529 e 530 nel rispetto della tempistica ivi indicata. In caso di verifica trimestrale positiva, la Gestione sanitaria accentrata può erogare a titolo di anticipazione una quota parte delle risorse iscritte, ai sensi del comma 531, nel proprio bilancio, al fine di salvaguardare l'equilibrio finanziario degli enti territoriali interessati. In caso di verifica trimestrale negativa, la regione, ovvero il Commissario ad acta ove nominato, adotta le misure per la riconduzione in equilibrio della gestione, nel rispetto dei livelli di assistenza, come individuati nel piano dell'ente. Al termine di ogni esercizio la regione pubblica nel proprio sito internet i risultati economici raggiunti dai singoli enti interessati, raffrontati agli obiettivi programmati nel piano.

1.2 Il Piano di cui all'art. 1, comma 528, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 specifico per area clinica, per il rispetto dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure definito nel comma 524, lettera *b*), della legge di stabilità 2016

Le Aziende che presentino aree cliniche di qualità bassa o molto bassa, così come definite nell'allegato tecnico *b*) (ai sensi dell'art. 1 della legge 28 dicembre 2015, n. 208, comma 524, lettera *b*)) definiscono un piano specificamente per quelle aree cliniche, tale da raggiungere, al termine della durata del Piano stesso, almeno la fascia di qualità media per ciascun indicatore il cui valore, in base alle classi di valutazione della qualità assistenziale, è collocato nella fascia di qualità bassa o molto bassa relativo alla/e area/e critiche.

1.2.1 *Contenuti del Piano*

Il piano dovrà essere articolato prevedendo i seguenti elementi:

- verifica della qualità dei dati registrati nei Sistemi Informativi Sanitari;
- analisi della situazione attraverso la conduzione di audit clinici e organizzativi;
- programma di interventi

1.2.1.1 *Verifica della qualità dei dati registrati nei Sistemi Informativi Sanitari*

Tale fase, da completare entro quattro mesi dalla data di approvazione del piano, deve prevedere la valutazione e la verifica della qualità dei dati di ricovero sulla base dei quali sono stati calcolati gli indicatori di cui al comma 524, lettera *b*) e l'identificazione di eventuali criticità nella codifica e nella registrazione dei dati che possano essere oggetto di interventi di miglioramento.

Il processo di valutazione e verifica è condotto in sinergia con le attività di analisi sistematica della qualità dei dati prevista dal Programma Nazionale Esiti (PNE) e, nello specifico, prevede il confronto tra le informazioni codificate nel Sistema Informativo Ospedaliero e i dati riportati nella documentazione presente nella cartella clinica. Gli obiettivi specifici della verifica della documentazione clinica riguardano:

la misura della misclassificazione, rispetto ai criteri definiti nei protocolli PNE delle diagnosi e/o delle procedure utilizzate nella selezione dei ricoveri;

- le diagnosi e/o procedure utilizzate nei modelli di aggiustamento;
- i criteri utilizzati per la misura dell'esito.

Ogni Ente comunica i risultati del processo di valutazione e verifica della qualità dei dati di ricovero, utilizzando una scheda di rilevazione dei dati, disponibile tra gli strumenti di audit nell'ambito del sito web del PNE; tale scheda deve essere compilata inserendo le seguenti informazioni, così come definite secondo i protocolli degli indicatori PNE:

- Data di nascita, di ricovero, di intervento e di dimissione
- Diagnosi e procedure, utilizzando esclusivamente la codifica ICD-9-CM
- Esito misurato, utilizzando la codifica 0 = nessun esito, 1 = esito rilevato.

1.2.1.2 *Analisi della situazione attraverso la conduzione di audit clinici e organizzativi*

Gli obiettivi specifici del processo di auditing clinico/organizzativo, da completare entro sei mesi dalla data di approvazione del piano, riguardano:

Analisi della situazione ex ante: valutazione degli indicatori relativi all'ambito assistenziale oggetto del piano e analisi del relativo andamento temporale.

Definizione della metodologia di audit adottata, con riferimento alle tecniche validate.

Verifica degli eventuali scostamenti della pratica assistenziale rispetto agli standard clinici basati sulle migliori evidenze scientifiche, al fine di evidenziare eventuali criticità nei processi assistenziali.

Analisi dei processi correlati con le suddette criticità, con particolare riferimento alle relative componenti organizzative, strutturali e operative.

Identificazione delle componenti organizzative, strutturali e operative coinvolte nella generazione delle criticità individuate.

Definizione e misura di indicatori per il monitoraggio e il controllo interno dell'aderenza alle migliori pratiche cliniche basate sulle evidenze scientifiche.

1.2.1.3 *Programma di interventi*

Il programma di interventi finalizzati alla risoluzione delle criticità, individuate nelle fasi di cui ai paragrafi 1.3.1.1 e 1.3.1.2, è sintetizzato attraverso una matrice che associ, a ciascun intervento migliorativo, obiettivi intermedi di processo e di risultato, con relativo cronoprogramma. La suddetta matrice deve altresì riportare, per ciascun obiettivo intermedio di processo e di risultato, l'indicatore per la sua valutazione e il valore di riferimento da conseguire.

1.2.2 *Monitoraggio del Piano*

L'Ente identificato per avere una o più aree cliniche critiche per il mancato rispetto dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure di cui al comma 524, lettera *b*), dell'art. 1 della legge 28 dicembre 2015, n. 208 (legge di stabilità 2016) dovrà documentare le attività relative ai processi di verifica e miglioramento delle criticità correlate con gli indicatori di qualità bassa o molto bassa afferenti alle aree cliniche che hanno determinato l'avvio del piano di cui all'art. 1, comma 528, della legge 28 dicembre 2015, n. 208. Tali attività saranno documentate attraverso la produzione della seguente documentazione:

Report sulla verifica della qualità dei dati relativi agli indicatori critici, entro quattro mesi a partire dalla data di approvazione del piano.

Report sulla metodologia e sui risultati del processo di audit clinico-organizzativo, entro sei mesi dalla data di approvazione del piano.



Publicazione trimestrale del monitoraggio effettuato dalla struttura per la verifica delle attività mirate alla riduzione delle criticità, nell'ambito del sito web istituzionale e del sito del PNE.

Relazione annuale di sintesi sugli interventi realizzati e sul monitoraggio degli stessi, coerentemente con cronoprogramma, obiettivi ed indicatori definiti nel programma di interventi di cui al paragrafo 1.3.1.3.

Relazione conclusiva con verifica dei risultati conseguiti, al termine del periodo di riferimento del piano, su obiettivi ed indicatori di cui al programma di interventi al paragrafo 1.3.1.3.

Programma di mantenimento dei risultati conseguiti.

Per il monitoraggio continuo dei risultati, le strutture possono avvalersi degli strumenti dedicati all'audit disponibili sul sito del PNE.

La valutazione finale dei risultati conseguiti sugli indicatori afferenti alle aree cliniche che hanno determinato l'avvio del piano, come da criteri di cui all'allegato tecnico, è fornita dal PNE.

1.3 La Governance del PO

Propedeutica all'assegnazione degli obiettivi è la redazione, presso ciascuna azienda, di un piano dei Centri di Responsabilità (Dipartimenti, se presenti, e/o Unità Operative Complesse) e dei Centri di Costo.

La Direzione strategica di ogni azienda dovrà presentare alla Regione obiettivi chiari, definiti e circoscritti e condividere indicatori che siano comprensibili, confrontabili e fattibili con i Centri di Responsabilità, al fine di incentivare la produttività e la qualità della singola prestazione.

Il processo di misurazione e valutazione dovrà essere svolto secondo uno schema logico-temporale che preveda le seguenti fasi:

- definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;
- collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
- monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- misurazione e valutazione della performance, collettiva ed individuale;
- rendicontazione dei risultati.

Si dovrà inoltre prevedere il budget economico destinato ai singoli obiettivi e il dettaglio delle risorse umane e strumentali concordate.

Una volta definiti gli obiettivi, seguirà la fase di verifica, monitoraggio ed analisi degli scostamenti che dovrà essere effettuata con scadenze trimestrali (comma 533), al fine di anticipare eventuali problematiche e con l'obiettivo di valutare le opportunità di introdurre una reingegnerizzazione dei processi, laddove necessaria.

16A05141

MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI

DECRETO 23 maggio 2016.

Modifica del decreto 8 giugno 2015, recante: «Fondo di solidarietà bilaterale del settore marittimo – SOLIMARE, ai sensi dell'art. 3 della legge 28 giugno 2012, n. 92. (Decreto n. 90401)». (Decreto n. 95933).

IL MINISTRO DEL LAVORO
E DELLE POLITICHE SOCIALI

DI CONCERTO CON

IL MINISTRO DELL'ECONOMIA
E DELLE FINANZE

Visti gli articoli da 26 al 40 del decreto legislativo 14 settembre 2015, n. 148, che recano una nuova disciplina dei fondi di solidarietà bilaterali, già disciplinati dall'art. 3 della legge 28 giugno 2012, n. 92;

Visto, in particolare, l'art. 26 del decreto legislativo n. 148 del 2015, il quale prevede che le organizzazioni sindacali e imprenditoriali comparativamente più rappresentative a li-

vello nazionale stipulino accordi e contratti collettivi, anche intersettoriali aventi ad oggetto la costituzione, per i settori non coperti dalla normativa in materia d'integrazione salariale, di fondi di solidarietà bilaterali con la finalità di assicurare ai lavoratori una tutela in costanza di rapporto di lavoro nei casi di riduzione o sospensione dell'attività lavorativa per le cause previste dal Titolo I dello stesso decreto legislativo in materia di integrazione salariale ordinaria o straordinaria;

Visto il comma 7 del citato art. 26, che prevede l'istituzione obbligatoria dei suddetti fondi per tutti i settori che non rientrano nell'ambito di applicazione del Titolo I del decreto legislativo n. 148 del 2015 in relazione ai datori di lavoro che occupano mediamente più di cinque dipendenti;

Visto il comma 8 del medesimo art. 26, il quale stabilisce che i fondi già costituiti alla data del 24 settembre 2015 si adeguano alle disposizioni di cui al comma 7 entro il 31 dicembre 2015 e che in mancanza, a decorrere dal 1° gennaio 2016, i datori di lavoro del relativo settore, che occupano mediamente più di cinque dipendenti, confluiscono nel Fondo di integrazione salariale di cui all'art. 29 del decreto legislativo n. 148 del 2015 e i contributi già versati o comunque dovuti vengono trasferiti al predetto Fondo di integrazione salariale;

