

Delib.G.R. 1 dicembre 2010, n. 9/937 ⁽¹⁾.

Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2011 ⁽²⁾.

(1) Pubblicata nel B.U. Lombardia 13 dicembre 2010, n. 50, S.S. 14 dicembre 2010, n. 2.

(2) Ad integrazione della presente deliberazione vedi la *Delib.G.R. 30 marzo 2011, n. 9/1479* e la *Delib.G.R. 28 luglio 2011, n. 9/2057*.

La Giunta regionale

Vista la seguente normativa nazionale:

- *D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502* «Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della *L. 23 ottobre 1992, n. 421*»;

- *decreto legge 25 giugno 2008, n. 112* «Disposizioni urgenti per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, la stabilizzazione della finanza pubblica e la perequazione tributaria» convertito, con modificazioni, in *legge 6 agosto 2008, n. 133*;

- *decreto legge 7 ottobre 2008, n. 154* «Disposizioni urgenti per il contenimento della spesa sanitaria e in materia di regolazioni contabili con le autonomie locali» convertito, con modificazioni, in *legge 4 dicembre 2008, n. 189*;

- *D.Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150* «Attuazione della *legge 4 marzo 2009, n. 15*, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni»;

- *legge 23 dicembre 2009, n. 191* recante «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge finanziaria 2010)»;

- *decreto legge 31 maggio 2010, n. 78* convertito in legge dall'*art. 1 comma 1, legge 30 luglio 2010 n. 122* «Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica»;

- il disegno di legge per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato triennio 2011-2013 (Finanziaria 2011);

Visti i vigenti Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro e Accordi Collettivi Nazionali del personale del Comparto del Servizio Sanitario Nazionale, dell'area della Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa del Servizio Sanitario Nazionale, dell'area della dirigenza Medico-Veterinaria del Servizio Sanitario Nazionale, dei Medici di Medicina Generale, dei Medici Pediatri di Libera Scelta e dei medici Specialisti Ambulatoriali;

Visti, altresì, i provvedimenti amministrativi adottati in materia di sanità penitenziaria in attuazione del *D.P.C.M. 1 aprile 2008*;

Preso atto che, in data 3 dicembre 2009 - Rep. n. 243/CSR -la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano ha sancito l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul nuovo «Patto per la Salute per gli anni 2010-2012»;

Precisato che il suddetto documento mantiene la previsione che l'accesso a tali risorse da parte della Regione Lombardia, come delle altre Regioni, è condizionato al rispetto perentorio di molteplici adempimenti definiti nella normativa vigente come specificato nell'*Allegato 2* del presente atto «Il quadro del sistema per l'anno 2011»;

Viste le seguenti leggi regionali:

- *L.R. 31 marzo 1978, n. 34* «Norme sulle procedure della programmazione, sul bilancio e sulla contabilità della Regione» che stabilisce nell'*articolo 79-ter* che gli enti del sistema regionale contribuiscono al concorso della Regione per la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica;

- *L.R. 12 marzo 2008, n. 3* recante «Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario» e le successive modifiche ed integrazioni;

- *L.R. 30 agosto 2008, n. 1* «Legge regionale statutaria» che nell'articolo 48 ha rafforzato la visione dell'ente regionale come «insieme» di enti, aziende, società, fondazioni cui affidare la responsabilità di attuare le politiche regionali;

- *L.R. 30 dicembre 2009, n. 33* recante «Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità» e successive modifiche e integrazioni;

Richiamati i seguenti documenti di programmazione regionale, con particolare riferimento alla programmazione sanitaria:

- *Delib.C.R. n. IX/56 del 28 settembre 2010* «Programma regionale di sviluppo della IX legislatura»;

- *Delib.C.R. n. IX/88 del 17 novembre 2010* «Piano socio sanitario regionale 2010-2014»;

Richiamate inoltre le delibere di Giunta regionale che approvano i fabbisogni di personale 2009-2011 ed i piani di assunzione a tempo indeterminato per l'anno 2010 della Aziende e degli enti del Sistema Sanitario regionale ed in particolare:

- *Delib.G.R. n. 8/9930 del 29 luglio 2009* «Aziende Sanitarie Locali fabbisogni personale triennio 2009/2011 - Piani di assunzione a tempo indeterminato 2009 - Prime determinazioni», successivamente modificata dalla *Delib.G.R. n. 8/10218 del 28 settembre 2009* «Determinazioni in ordine ai fabbisogni personale per il triennio 2009/2011 - Piani di assunzione a tempo indeterminato 2009 - nelle Aziende Sanitarie Locali. Modifiche *Delib.G.R. n. 8/9930 del 2009*»;

- *Delib.G.R. n. 8/9933 del 29 luglio 2009* «Aziende Ospedaliere, Azienda Regionale Emergenza e Urgenza (AREU) e Fondazioni IRCCS di Diritto Pubblico: fabbisogni personale triennio 2009/2011 - Piani di assunzione a tempo indeterminato 2009 - prime determinazioni»;

- Delib.G.R. n. 9/695 del 26 ottobre 2010 «Aziende Sanitarie Locali - Piani di assunzione a tempo indeterminato 2010»;

- Delib.G.R. n. 9/696 del 26 ottobre 2010 «Aziende ospedaliere, Azienda Regionale Emergenza e Urgenza e Fondazioni RCCS di diritto pubblico - Piani di assunzione a tempo indeterminato 2010»;

Richiamate altresì le Regole di Sistema per il Servizio Socio-Sanitario Regionale relative all'anno 2010 adottate con i provvedimenti amministrativi di seguito elencati:

- *Delib.G.R. n. 8/10804 del 16 dicembre 2009* «Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2010 (di concerto con l'Assessore Boscagli)»;

- Delib.G.R. n. 8/11080 del 27 gennaio 2010 «Programmazione degli accreditamenti dei posti letto delle residenze sanitario assistenziali per anziani - Anno 2010»;

- Delib.G.R. n. 8/11262 del 10 febbraio 2010 «Ulteriori determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2010»;

- *Delib.G.R. n. 8/11270 del 10 febbraio 2010* «Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2010 - II provvedimento»;

- Delib.G.R. n. 8/11512 del 24 marzo 2010 «*Delib.G.R. n. 8/10804 del 16 dicembre 2009* avente ad oggetto “Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2010” integrazione degli allegati B e C»;

- Delib.G.R. n. 9/621 del 29 settembre 2010 «Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2010 - III provvedimento»;

Richiamate inoltre le seguenti delibere di Giunta regionale:

- *Delib.G.R. n. 8/8496 del 26 novembre 2008* «Disposizioni in materia di esercizio, accreditamento, contratto e linee di indirizzo per la vigilanza ed il controllo delle Unità d'Offerta socio sanitarie»;

- *Delib.G.R. n. 8/10411 del 28 ottobre 2009* «Schema di accordo con le farmacie sulla distribuzione dei farmaci in PHT per il periodo 2009-2011»;

- Delib.G.R. n. 8/10512 del 9 novembre 2009 «Determinazioni in merito all'evoluzione del Progetto CRS-SISS- Approvazione della pianificazione di dettaglio, dello schema di incarico a Lombardia Informatica e degli schemi di convenzione tra Regione Lombardia, Lombardia Informatica S.p.A. e Aziende Sanitarie»;

- *Delib.G.R. n. 8/11086 del 27 gennaio 2010* «Nuovo Patto per la Salute per gli anni 2010-2012 (di concerto con l'Assessore Boscagli)»;

- Delib.G.R. n. 9/11269 del 10 febbraio 2010 «Determinazioni in merito al progetto CRS-SISS: proroga convenzione con le farmacie per la partecipazione ai servizi SISS, inclusi quelli di prenotazione di visite ed esami specialistici e registrazione del consenso informato al trattamento dei dati personali in ambito CRS-SISS»;

- Delib.G.R. n. 9/348 del 28 luglio 2010 «Linee programmatiche per la realizzazione di azioni di informazione e comunicazione sulla CRS-SISS»;

- *Delib.G.R. n. 9/700 del 26 ottobre 2010* «Proposta di accordo con le farmacie per l'erogazione di ausili e presidi per i pazienti diabetici nel triennio 2010-2013; schema tipo di convenzione con FEDERFARMA per l'utilizzo del sistema Webca-re 2 del tariffario ausili e presidi»;

Ritenuto pertanto di definire le «Regole di Gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'anno 2011» e di approvare a tal fine i seguenti allegati, parti integranti del presente provvedimento:

- *Allegato 1* - Indirizzi di programmazione
- *Allegato 2* - Il quadro del sistema per l'anno 2011
- *Allegato 3* - Gli acquisti delle Aziende Sanitarie: linee di indirizzo
- *Allegato 4* - Piani e programmi di sviluppo
- *Allegato 5* - Le attività di prevenzione mediche e veterinarie delle ASL
- *Allegato 6* - Organizzazione, personale dipendente, medicina convenzionata territoriale, direzione strategica aziendale
- *Allegato 7* - Sistema Informativo Socio Sanitario
- *Allegato 8* - Farmaceutica e protesica
- *Allegato 9* - Psichiatria e NPIA
- *Allegato 10* - Sanità penitenziaria
- *Allegato 11* - Tariffe prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale
- *Allegato 12* - Attività di controllo e tempi di attesa
- *Allegato 13* - Indici di offerta - Negoziazione
- *Allegato 14* - Cronicità e CReG
- *Allegato 15* - Attività di tipo sub-acuto
- *Allegato 16* - Indirizzi di programmazione socio sanitaria
- *Allegato 17* - Gli interventi socio sanitari a sostegno della famiglia

Preso atto, altresì,

- della preventiva informazione alla Consulta della Sanità effettuata in data 29 novembre 2010;

• della preventiva informazione ai Tavoli permanenti di consultazione: dei soggetti del Terzo Settore, degli Enti Locali e delle Organizzazioni Sindacali integrato con gli Ordini professionali maggiormente rappresentativi, della Conferenza delle Associazioni rappresentative degli Enti Gestori delle unità d'offerta sociali e sociosanitarie, delle Aziende di Servizi alla Persona, e delle Aziende Sanitarie Locali (Direttori Generali e Direttori Sociali) effettuata in data 26 novembre 2010;

Valutate ed assunte come proprie le predette determinazioni;

A voti unanimi, espressi nelle forme di legge,

Delibera

[Testo della deliberazione] ⁽³⁾

per le motivazioni indicate in premessa e qui integralmente richiamate:

1. di definire le «Regole di gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'anno 2011» e di approvare a tal fine i seguenti allegati, parti integranti del presente provvedimento:

- *Allegato 1* - Indirizzi di programmazione
- *Allegato 2* - Il quadro del sistema per l'anno 2011
- *Allegato 3* - Gli acquisti delle Aziende Sanitarie: linee di indirizzo
- *Allegato 4* - Piani e programmi di sviluppo
- *Allegato 5* - Le attività di prevenzione mediche e veterinarie delle ASL
- *Allegato 6* - Organizzazione, personale dipendente, medicina convenzionata territoriale, direzione strategica aziendale
- *Allegato 7* - Sistema Informativo Socio Sanitario
- *Allegato 8* - Farmaceutica e protesica
- *Allegato 9* - Psichiatria e NPIA
- *Allegato 10* - Sanità penitenziaria
- *Allegato 11* - Tariffe prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale
- *Allegato 12* - Attività di controllo e tempi di attesa

- *Allegato 13*- Indici di offerta - Negoziazione
- *Allegato 14* - Cronicità e CReG
- *Allegato 15* - Attività di tipo sub-acuto
- *Allegato 16* - Indirizzi di programmazione socio sanitaria
- *Allegato 17* - Gli interventi socio sanitari a sostegno della famiglia

2. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia e sui siti Internet delle Direzioni Generali Sanità e Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale.

(3) Ad integrazione della presente deliberazione vedi la *Delib.G.R. 30 marzo 2011, n. 9/1479* e la *Delib.G.R. 28 luglio 2011, n. 9/2057*.

Allegato 1 **Indirizzi di programmazione ⁽⁴⁾**

La programmazione sanitaria regionale definisce l'organizzazione dei servizi sanitari sul territorio e individua gli obiettivi specifici di soddisfazione dei bisogni sanitari sulla base di un'analisi capace di evidenziare le principali necessità della popolazione. La Regione, formulando indirizzi per l'organizzazione dell'offerta del Servizio Sanitario Regionale e sostenendo le aziende sanitarie nelle scelte essenziali sulla rete ospedaliera e sulla rete territoriale, svolge la sua fondamentale azione di governo.

L'esercizio di questo compito strategico, si confronta oggi con scenari economici e socio-demografici che rendono necessario il continuo miglioramento di qualità e un'azione orientata a creare sinergie e reti sul territorio, telematiche e fisiche, al fine di creare nuove opportunità. Tutto ciò deve avvenire all'interno di un cambio di prospettiva: il sistema sanitario non è solo la risposta a fondamentali diritti che producono spesa, ma può essere anche inteso come una leva dinamica di sviluppo economico, che genera occasioni di lavoro, di investimento, di ricerca e innovazione.

L'azione programmatica si ispira a una serie di principi guida: la centralità della persona e della famiglia, la sussidiarietà, l'accreditamento, la libertà di scelta, l'attenzione all'appropriatezza e alla qualità, la responsabilità e l'innovazione, l'apertura ad esperienze internazionali.

Gli indirizzi di programmazione sanitaria di Regione Lombardia, nel tradurre in azione i principi ispiratori del buon governo e nell'esigenza di confrontarsi con gli attuali scenari socio-economici, definiscono la strategia di sviluppo del Sistema sanitario regionale che si articola in queste principali direttrici:

– accompagnare e orientare l'evoluzione di quelle istituzioni che esercitano il loro ruolo a contatto con i bisogni dei cittadini, promuovendo anche azioni di decentramento dei servizi amministrativi

collegati alle attività sanitarie con l'obiettivo di semplificare ed agevolare l'accesso in fasce orarie estese o in ambiti diversificati (Uffici comunali, farmacie, ambulatori specialistici, Unità di Cure Primarie complesse, ecc., ecc.);

- l'opportunità di sperimentare iniziative migliorative di prestazioni ambulatoriali di complessità medio-bassa a domicilio a soggetti con problemi di mobilità, garantendo la completa qualità delle prestazioni e al di là del semplice prelievo;

- la necessità di estendere le attività sanitarie e l'accesso alle prestazioni ambulatoriali con orari prolungati e diversificati in grado di incontrare le necessità delle famiglie e i bisogni dei cittadini. A questo proposito, visto il positivo riscontro ottenuto dalla sperimentazione attivata dall'ASL Milano di apertura del servizio di pediatria anche nelle ore serali e nel fine settimana, si intende estendere nel corso del 2011 tale esperienza su tutto il territorio regionale. Su questi punti (semplificazione servizio pediatria e prestazioni domiciliari) le ASL predisporranno la programmazione delle attività in un'apposito capitolo del documento di programmazione e coordinamento dei servizi socio-sanitari previo confronto con gli erogatori pubblici e privati accreditati;

- rafforzare il ruolo di controllo strategico e di valutazione del servizio da parte della Regione;

- favorire e sostenere la libera iniziativa e la sperimentazione;

- promuovere il riequilibrio ospedale-territorio (nell'assistenza e nei costi);

- promuovere la messa in rete dei servizi;

- favorire la creazione di maggiori sinergie tra i diversi operatori della sanità e delle comunità;

- favorire l'integrazione socio-sanitaria degli interventi;

- dare impulso alla ricerca e allo sviluppo sostenibile accompagnati da un'azione di coordinamento, implementazione e divulgazione dei risultati ottenuti. I principi guida della programmazione sanitaria regionale, sono ripresi e ulteriormente declinati nella proposta di Piano socio-sanitario della IX legislatura che, in quanto strumento integrato di programmazione delle attività da erogare nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza, si inserisce in un contesto ampio e in evoluzione che riguarda sia l'impianto organizzativo, che i modelli assistenziali e il riparto delle risorse.

In continuità con gli indirizzi programmatici degli anni precedenti, si ribadisce il ruolo centrale delle Aziende Sanitarie Locali nell'analisi del proprio contesto territoriale, in special modo sotto il profilo del fabbisogno sanitario e socio-sanitario, e conseguentemente, nella programmazione degli interventi per esercitare appieno la funzione di tutela della salute dei cittadini.

Le ASL, come già svolto negli anni precedenti, dovranno predisporre e presentare, entro il 31 gennaio 2011 alla Conferenza dei Sindaci il Documento di Programmazione e coordinamento dei servizi sanitari e sociosanitari. Lo stesso dovrà essere adottato con idoneo atto aziendale e trasmesso entro il 1° febbraio 2011 alla D.G. Sanità e alla D.G. Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale.

Nel Documento di Programmazione e coordinamento dei servizi sanitari e sociosanitari dovranno essere indicati:

– il quadro del contesto: attraverso indicatori epidemiologici (dati demografici, di mortalità generale e prevedibile, prevalenza patologie da BDA e incidenza di neoplasie da registri tumori, dati di rilievo nel settore veterinario) e della situazione economica e socio-culturale (attività economiche ed insediamenti produttivi, stili e abitudini di vita, adesione alle pratiche preventive quali screening e vaccinazioni);

– gli indicatori di domanda sanitaria (consumi in termini di tassi di ricovero, valorizzazione pro-capite, tempi di attesa, mobilità passiva, consumi per specifici percorsi diagnostico-terapeutici) e di offerta (presidi, posti letto, ambulatori, branche specialistiche, dotazioni tecnologiche, volumi e valorizzazione delle prestazioni rese, saturazione, attrazione, case-mix).

A fronte di detto quadro saranno indicati;

– gli interventi di promozione della salute e di prevenzione anche nel settore veterinario che si intendono attuare a fronte delle priorità individuate e della graduazione del rischio delle strutture/attività economiche da sottoporre a vigilanza e controllo;

– le linee di indirizzo dell'assistenza sanitaria e cure primarie con particolare riguardo ai progetti che si intendono implementare in collaborazione con i MMG e PLS;

– gli interventi relativi all'acquisto di prestazioni specialistiche, volte a migliorarne appropriatezza e qualità.

Devono essere, altresì, indicate modalità e strumenti di valutazione e monitoraggio degli interventi e progetti indicati, con particolare riguardo ai risultati perseguiti/raggiunti in termini di guadagno di salute.

Per ciascuna area si farà riferimento anche a quanto indicato negli allegati seguenti, ove sono ulteriormente delineate linee di indirizzo ed obiettivi strategici da perseguire.

Per quanto riguarda gli indicatori del sistema sociosanitario, gli stessi devono tener conto della programmazione regionale così come definita dai provvedimenti assunti.

Nell'ambito delle loro funzioni, le ASL, attraverso la Direzione Sociale, sono altresì responsabili delle attività di verifica e controllo dello stato di attuazione dei Piani di Zona e di rispondenza agli stessi obiettivi definiti dalla Regione.

Ai fini dell'integrazione sociosanitaria si evidenzia la rilevanza quale punto di snodo, sia a livello programmatico che gestionale, dell'ufficio di supporto all'attività del Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci e delle Assemblee Distrettuali previsto dalla *L.R. n. 3/2008*. Le ASL, pertanto, dovranno rendere operativo tale ufficio, in particolare per porre attenzione all'effettiva integrazione della programmazione locale con quella della ASL ed ai relativi processi che interessano le reti sociali e sociosanitarie a favore dei cittadini in condizioni di fragilità.

Nell'ottica dell'integrazione e coordinamento con gli enti Locali, il documento sarà sottoposto agli Organi di rappresentanza – Conferenza dei Sindaci e Comitato di rappresentanza – al fine di condividere l'analisi di contesto e le soluzioni proposte.

L'attività e le azioni previste nel documento sopra descritto sono ovviamente vincolate alle risorse disponibili ed alla destinazione delle stesse, in coerenza con il bilancio aziendale di previsione per il 2011.

Codice Etico Comportamentale

Il d.d.g. Sanità n. 2298 dell'11 marzo 2010 ha approvato l'aggiornamento delle linee guida regionali per l'adozione del Codice etico e dei modelli di organizzazione e controllo delle Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliere. Nel corso del 2011, le Aziende Sanitarie, nell'ambito dell'attuazione del proprio Codice Etico – Comportamentale all'intera struttura aziendale, proseguiranno le attività di monitoraggio e aggiornamento previste dalle linee guida regionali aggiornate, anche al fine di una corretta ottimizzazione e integrazione aziendale, con ricadute in termini di miglioramento della gestione complessiva e riduzione dei costi. In particolare dovrà essere svolta l'attività di aggiornamento ordinario e straordinario dell'analisi dei rischi, l'adozione delle eventuali azioni correttive, il monitoraggio dell'attività dei Comitati di Valutazione, l'eventuale aggiornamento/ampliamento delle linee identificative dei compiti e delle responsabilità.

Programmazione in ambito socio-sanitario

La *legge regionale n. 3/2008*, prevedendo che l'accordo di programma sia sottoscritto dai Comuni e dalla ASL, assegna a questi enti non solo la responsabilità circa l'attuazione delle azioni previste nel Piano di Zona, ma fornisce loro lo strumento regolatore di diversi rapporti di collaborazione, anche nel settore sociosanitario. L'ASL nell'ambito della programmazione locale è chiamata, attraverso la sottoscrizione dell'Accordo di Programma, a rispondere in modo integrato a temi quali l'accesso ai servizi e l'integrazione tra politiche sociosanitarie e sociali.

Si individuano i seguenti obiettivi:

- Coordinare e collaborare all'attuazione dei Piani di Zona affinché sia assicurata la coerenza tra obiettivi regionali e obiettivi della programmazione locale.
- Verificare e controllare lo stato di attuazione dei Piani di Zona anche attraverso i monitoraggi regionali.
- Realizzare gli impegni assunti con l'Accordo di Programma sottoscritto per l'attuazione del Piano di Zona in tema di integrazione sociosanitaria.
- Favorire, in stretto raccordo con i Comuni, l'accesso del cittadino alla rete delle unità di offerta sociosanitarie e sociali.
- Favorire il coinvolgimento del Terzo Settore sin dalla fase di programmazione in modo complementare ed integrato con l'area sociale.
- Promuovere la rete territoriale per la conciliazione famiglia-lavoro.

Si individuano le seguenti azioni a carico delle A.S.L.:

- Promozione di incontri con i soggetti sottoscrittori degli Accordi di Programma, finalizzati alla verifica dell'attuazione di Piani di Zona in linea con gli obiettivi regionali.
- Monitoraggio degli interventi e delle azioni programmate nei Piani di Zona, verifica della capacità di spesa e dell'effettivo utilizzo dei Fondi assegnati da Regione Lombardia agli ambiti.
- Definizione, in raccordo con i Comuni, di protocolli operativi per la regolazione delle rispettive competenze e per le modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie da parte dell'ASL all'interno

delle funzioni di competenza degli Enti Locali, almeno per le aree di maggior criticità, quali ad esempio: gli interventi di continuità assistenziale, il raccordo tra titoli sociali e titoli sociosanitari e in generale gli interventi di tipo domiciliare, quelli a sostegno della genitorialità e la tutela minori.

– Definizione, in raccordo con i Comuni, di protocolli operativi finalizzati a facilitare l'accesso alla rete delle unità di offerta sociosanitarie e sociali che prevedano:

- modelli organizzativi: sportelli unici, organizzazione degli orari funzionali al cittadino;
 - strategie di collaborazione finalizzate allo snellimento delle procedure e semplificazione dei percorsi per il cittadino;
 - forme di comunicazione ed informazione rivolte al cittadino che lo facilitino nella ricerca di risposte adeguate ai propri bisogni;
 - modalità operative per la segnalazione delle situazioni complesse al servizio competente del comune/ASL e alle unità di offerta.
- Promozione dell'adesione del Terzo Settore all'Accordo di Programma per il Piano di Zona e ad accordi mirati tra i Comuni che valorizzino sempre di più l'apporto e la partecipazione dei soggetti del privato sociale nelle politiche a sostegno della famiglia.
- Sottoscrizione dell'accordo territoriale tra soggetti pubblici e privati per la conciliazione famiglia-lavoro, coordinamento del complesso degli interventi attuati sul territorio.

Ogni azione sarà preventivamente verificata dal Consiglio di rappresentanza dei Sindaci e dalle Assemblee di Distretto e sottoposta ai tavoli di partecipazione.

(4) Ad integrazione della presente deliberazione vedi la *Delib.G.R. 30 marzo 2011, n. 9/1479* e la *Delib.G.R. 28 luglio 2011, n. 9/2057*.

Allegato 2

Il quadro del sistema per l'anno 2011 ⁽⁵⁾

In data 3 dicembre 2009 è stato siglato tra Stato e Regioni il «Nuovo Patto per la Salute per gli anni 2010-2012». Tale documento riafferma il principio di una programmazione economico/finanziaria della spesa sanitaria coerente con il raggiungimento degli obiettivi di finanza pubblica.

In relazione ai contenuti del Patto sottoscritto le risorse disponibili per l'anno 2011, a normativa vigente, a livello nazionale sono stimabili in circa 107,1 miliardi di euro e le regole per l'accesso alle risorse stesse sono confermate in quelle contenute nell'Intesa del 23 marzo 2005 e s.m.i.. Tale stima tiene conto di quanto disposto dalla *L. 122/2010*, in attesa degli ulteriori provvedimenti normativi in materia e dei provvedimenti in materia di federalismo fiscale in corso di emanazione ai sensi di quanto previsto dalla *L. n. 42/2009*.

Lo scenario economico finanziario di riferimento allo stato attuale è tuttavia ancora in corso di definizione per la completa attuazione di quanto previsto dal citato Patto per la Salute.

In tale contesto anche il contenuto del presente provvedimento potrà essere oggetto di integrazioni in relazione all'approvazione delle norme nazionali di attuazione del patto in corso di sottoscrizione.

Come sopra ricordato l'accesso a tali risorse da parte della Regione Lombardia, come delle altre Regioni, è condizionato al rispetto perentorio di molteplici adempimenti definiti nella normativa vigente. In particolare il disposto della *legge n. 311/2004*, alla luce di quanto previsto dal Patto per la Salute del 28 settembre 2006, prevede che in caso di mancato adempimento da parte delle Regioni degli obblighi previsti è precluso l'accesso alla quota di finanziamento assegnata con conseguente immediato recupero delle somme eventualmente erogate; la quota di finanziamento sottoposta alla suddetta verifica è decisamente significativa in quanto è relativa a circa il 3% del finanziamento complessivo, che per Regione Lombardia vale circa 580 milioni di euro.

I principali adempimenti, che coinvolgono tutti gli attori del Servizio Sanitario Regionale, sono richiamati nella normativa nazionale vigente, nel Patto sulla Salute 2010-2012 nonché nella *L. 122/2010*.

Con il presente atto si ritiene, altresì, di fornire alle Aziende sanitarie pubbliche, alle Fondazioni IRCCS di diritto pubblico e a tutti gli operatori del settore un quadro di riferimento utile all'attuazione di tutte le azioni di governo dei costi al fine di consentire al Sistema Sanitario Regionale di mantenere e migliorare l'equilibrio economico tra ricavi e costi, perseguendo obiettivi di miglioramento della qualità assistenziale.

In tale ottica la Giunta regionale in sede di determinazione degli obiettivi dei Direttori Generali trasmetterà ai Presidenti delle Fondazioni IRCCS gli indirizzi relativi ai Direttori delle stesse.

Le risorse nazionali del 2011 saranno oggetto di riparto fra le regioni e quindi il presente atto programma gli interventi sulla base di stime in attesa della formalizzazione dei documenti di riparto tra regioni per l'anno 2011.

Tenendo conto di queste premesse, le risorse sopra previste e destinate al finanziamento del servizio sanitario regionale sono riferite per 17.187 milioni di euro circa al finanziamento indistinto comprensivo delle risorse destinate al riconoscimento delle prestazioni per cittadini di altre regioni e della stima, sulla base dei dati storici, del finanziamento per obiettivi del Piano sanitario e per spese vincolate.

Le risorse sopra definite saranno utilizzate dal Servizio Sanitario Regionale per soddisfare i bisogni sanitari dei cittadini lombardi che necessitano di assistenza nel territorio della Regione, nelle altre regioni italiane e all'estero sulla base delle normative regionali, nazionali, dell'unione europea e internazionali vigenti tenendo altresì conto delle prestazioni ai cittadini non residenti che vengono rimborsate dalle regioni competenti.

Nella seguente tabella sono individuati i finanziamenti per i diversi livelli di assistenza che per i punti 1, 2 e 3 devono essere rispettivamente del 5,5%, fino al 51% e fino al 43,5%:

Livello Essenziale di Assistenza	Risorse disponibili	Incidenza programmata
1 - Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	918	5,50%

2 - Assistenza distrettuale	8.514	fino al 51,00%
3 - Assistenza ospedaliera	7.262	fino al 43,50%
TOTALE	16.694	100,00%
Saldo di mobilità attiva per cittadini fuori regione	493	
TOTALE COMPLESSIVO	17.187	

Fonti di finanziamento del sistema

Regione Lombardia procede, anzitutto, ad accantonare le risorse da destinare con successivi provvedimenti al finanziamento di spese accentrate regionali e di altre voci di spesa specifiche che non attengono al finanziamento dei costi standard per ASL:

- fino a 61 milioni di euro per far fronte alle spese dirette regionali sostenute per conto del SSR;
- fino a 80 milioni di euro per la remunerazione delle prestazioni sanitarie a favore dei dimessi dagli ex OP;
- 493 milioni di euro per il pagamento dei ricoveri attivi, per cittadini non lombardi, agli erogatori situati sul territorio della Lombardia; tale importo rappresenta il saldo rispetto ai ricoveri e alle altre prestazioni passive a carico delle rispettive ASL di cittadini lombardi che usufruiscono di prestazioni al di fuori della Regione Lombardia;
- 1.577 milioni di euro da destinare all'Assistenza socio-sanitaria integrata (di cui 27 milioni a carico del bilancio regionale);
- fino a 219 milioni di euro da destinare a progetti obiettivo di reale interesse nazionale e regionale, in relazione al contenuto dell'accordo Stato Regioni dell'1 luglio 2004 e Intesa Stato Regioni 23 marzo 2005 così come reiterato dal Patto della Salute del dicembre 2009;
- fino a 206 milioni di euro quale fondo regionale, stimato sulla base dei dati storici in attesa degli specifici provvedimenti ministeriali di assegnazione, relativo alle quote di ex FSN definite vincolate (veterinaria, *legge 210/92*); tale fondo sarà poi assegnato alle singole aziende sanitarie attraverso specifici provvedimenti regionali;
- 71 milioni di euro quale fondo da destinare all'ARPA (Agenzia Regionale per la Protezione dell'Ambiente);
- fino a 571 milioni di euro per funzioni non tariffate;
- 188 milioni di euro per le attività di emergenza urgenza/118 di competenza dell'AREU;
- 40 milioni di euro per le attività connesse alla medicina penitenziaria trasferita al Servizio Sanitario Regionale ai sensi della normativa nazionale;
- Per quanto attiene la quota per il finanziamento dei costi standard territoriali fino a 13.708 milioni di euro ripartiti fra le ASL, anche tenendo conto dei livelli diretti di spesa e di quelli di competenza degli erogatori, della necessità di garantire l'equilibrio economico di sistema per l'esercizio 2011, in relazione ai 3 livelli essenziali di assistenza precisando che tale importo è comprensivo dei costi di sistema e delle voci relative a:

1. funzioni non tariffate per presidio servizi territoriali, per il trattamento di pazienti anziani in area metropolitana e ad alta densità abitativa, oltre alla quota per funzioni non tariffate sopradescritte, fino a 409 milioni;
2. concorso regionale ai progetti di governo clinico e percorsi ospedale/territorio, anche con il coinvolgimento degli operatori del sistema fino a 150 milioni di euro;
3. informatizzazione sistema sanitario fino a 171 milioni di euro;
4. implementazione dei piani regionali, ricerca, ECM, formazione, prevenzione fino a 150 milioni di euro;
5. per dare attuazione agli obiettivi PSSR fino a 200 milioni di euro;
6. per screening fino a 80 milioni di euro;
7. valutazione dell'equiparazione finanziaria sui trattamenti tributari IRAP e IRES nei confronti degli erogatori pubblici rispetto agli erogatori privati quantificati per il sistema pubblico fino a 150 milioni di euro;
8. concorso regionale alla valorizzazione delle prestazioni sanitarie rese dalle aziende sanitarie pubbliche ai sensi della *Delib.G.R. n. 8/7856 del 30 luglio 2008*, fino a 150 milioni di euro;
9. contributi a favore dei soggetti privati senza fini di lucro per la realizzazione di progetti finalizzati a miglioramenti organizzativi, strutturali e tecnologici ai sensi della *legge regionale 28 dicembre 2007, n. 34*, fino a 15 milioni di euro, previa verifica dello stato di avanzamento dei progetti già finanziati. Ove tale verifica evidenzia che i finanziamenti già assegnati negli anni precedenti non siano erogati per almeno il 60% dell'importo complessivo, il bando 2011 non viene emanato;
10. contributi a favore dei soggetti erogatori individuati dalla *legge regionale 6 agosto 2009, n. 18*, fino a 14 milioni di euro. Il finanziamento di parte corrente 2011 basato sui costi standard territoriali sarà assegnato ad ogni singola ASL con atto del Direttore Generale Sanità, sentiti il Direttore Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale e il Direttore Centrale Programmazione Integrata, tenuto fermo, anche per le ASL, l'obiettivo dell'equilibrio economico finanziario sulla base delle risorse assegnate dalla Regione e delle altre entrate aziendali.

Si stabilisce inoltre che:

- le risorse regionali disponibili per la contrattazione delle prestazioni di ricovero, fino a 5.457 milioni di euro;
- le risorse regionali disponibili per la contrattazione dell'attività ambulatoriale e di diagnostica strumentale, fino a 2.105 milioni di euro. Le risorse regionali per le attività ambulatoriali, non comprendono le attività di neuropsichiatria infantile che dovranno essere documentate attraverso i flussi informativi in essere.

In relazione ai tetti per le prestazioni di ricovero e le attività ambulatoriali e di diagnostica strumentale le sopradette determinazioni sono strettamente correlate agli andamenti rilevati nel corso dell'anno 2010. Pertanto anche in relazione alla determinazione in sede di conferenza Stato Regioni delle risorse disponibili per l'anno 2010, in applicazione da ultimo della citata *L. 122/2010*,

si dispone, per l'anno 2010, la rideterminazione delle risorse regionali disponibili per la contrattazione delle prestazioni di ricovero fino a 5.477 milioni di euro e delle risorse regionali disponibili per la contrattazione dell'attività ambulatoriale e di diagnostica strumentale fino a 2.045 milioni di euro.

Per il 2011 in applicazione della normativa vigente, il tetto per l'assistenza farmaceutica territoriale, comprensiva sia della spesa dei farmaci erogati sulla base della disciplina convenzionale, al lordo delle quote di partecipazione alla spesa a carico degli assistiti, sia della distribuzione diretta, inclusa la distribuzione per conto e la distribuzione in dimissione ospedaliera è rideterminato in riduzione in termini percentuali, rispetto al fondo sanitario nazionale, nella misura del 13,3 per cento del finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato, comprensivo delle risorse vincolate di spettanza regionale e al netto delle somme erogate per il finanziamento di attività non rendicontate dalle Aziende sanitarie.

La spesa farmaceutica ospedaliera così come rilevata dai modelli CE, al netto della distribuzione diretta, come definita al comma 5 dell'*art. 5 della legge n. 222/2007*, non può superare la misura percentuale del 2,4 per cento del finanziamento.

Gli obiettivi specifici alle singole ASL e alle Aziende Ospedaliere saranno forniti contestualmente agli obiettivi economici; il tetto regionale complessivo, per la spesa farmaceutica territoriale e ospedaliera, come sopra definite, viene determinato fino a 2.660 milioni di euro.

In riferimento a quanto disposto dalla *legge 30 luglio 2010 n. 122*, all'articolo 11 comma 7 lettera a) che ha previsto che AIFA deve individuare, fra i medicinali attualmente a carico della spesa farmaceutica ospedaliera «quelli che, in quanto suscettibili di uso ambulatoriale o domiciliare, dovranno essere erogati.... attraverso l'assistenza farmaceutica territoriale.... con oneri a carico della relativa spesa, per un importo su base annua pari a 600 milioni di euro», sarà competenza della Direzione Generale Sanità dare indicazioni in merito tenuto conto che è confermato sia il tetto della spesa farmaceutica territoriale che ospedaliera.

Si ritiene di confermare, per quanto compatibile con il presente provvedimento, ciò che è stabilito nelle determinazioni in merito al finanziamento degli anni precedenti.

Aziende Sanitarie Locali

Le ASL, ai sensi delle norme vigenti e nell'ambito del quadro di risorse delineato con il presente provvedimento e con gli atti applicativi conseguenti, sono tenute a garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza per i propri cittadini. Al fine di garantire tali livelli di assistenza saranno finanziate attraverso il perfezionamento della sperimentazione di costi standard territoriali che a partire dalle serie storiche consentano alle ASL di migliorare l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza sul proprio territorio e quindi su tutto il territorio regionale.

Per rispettare la coerenza e la competenza dei costi le ASL disporranno precisi indirizzi agli erogatori, pubblici e privati, per la verifica, sulle documentazioni di ricovero e/o delle altre prestazioni, della situazione degli assistiti segnalando separatamente i cittadini residenti e quelli domiciliati nonché quelli stranieri appartenenti alla UE o extracomunitari, al fine di individuare correttamente quali di questi ultimi rientrano nella casistica prevista dalle norme vigenti ai fini del rimborso da parte delle Prefetture. Con particolare riferimento alle prestazioni erogate ai cittadini stranieri oggetto di rimborso da parte delle Prefetture, le ASL sono tenute ad attivare controlli e verifiche al fine di monitorare la corretta fatturazione di tali prestazioni da parte degli erogatori nonché il recupero delle anticipazioni di cassa effettuate. Di tali procedure le ASL sono tenute ad

informare i competenti uffici della Direzione Generale Sanità attraverso la documentazione a corredo della certificazione trimestrale.

Considerato che dall'anno 2007 l'assistenza ai cittadini U.E. è regolata in sede di riparto delle risorse nazionali le ASL e le strutture che erogano prestazioni sono direttamente responsabili della correttezza dei dati inseriti nel flusso informativo specifico. Nel caso di mancato riconoscimento da parte delle Amministrazioni centrali per carenze di dati le prestazioni non saranno rimborsate.

In continuazione con gli anni precedenti si precisa che le risorse per attività sanitarie che, basandosi sulle valutazioni delle attività svolte negli ultimi anni si possono considerare ormai «attività di sistema» (es. vaccinazioni, screening) da garantire in modo omogeneo su tutto il territorio regionale saranno comprese nel finanziamento definito attraverso i sopra richiamati costi standard territoriali.

Anche per il 2011 le ASL saranno misurate anche in relazione al rispetto dei criteri di appropriatezza e al contenimento dei costi con riferimento all'andamento delle prestazioni sanitarie usufruite dai loro cittadini in altre regioni italiane (mobilità passiva extraregionale in compensazione e non in compensazione) nonché all'estero (mobilità internazionale).

Aziende Ospedaliere e Fondazioni

L'obiettivo economico delle A.O. e Fondazioni consiste nel mantenimento/miglioramento dell'equilibrio economico finanziario basato sulla valutazione delle attività rese e sulla puntuale quantificazione dei ricavi aziendali, che dovranno tenere conto, anche in sede di previsione, delle variazioni connesse a lavori di ristrutturazione e messa a norma, in corso o programmati.. In tal modo si sottolinea la responsabilità gestionale affidata ai Direttori Generali che sono tenuti a perseguire obiettivi di equilibrio, non solo di breve periodo, ma anche strutturale delle loro aziende.

Il sistema di regole consente alle A.O. e Fondazioni IRCCS di definire a preventivo le voci di ricavo (ricoveri, specialistica, psichiatria, file F ecc.) che, sommate alle ulteriori quote di contributo finanziate dal sistema e vincolate a specifiche attività (funzioni per servizi non tariffati), e le entrate proprie, rappresentano il monte di risorse disponibili per il funzionamento delle attività. Per le aziende ospedaliere e Fondazioni interessate dalle maggiorazioni tariffarie previste dalla *L.R. n. 7/2010* i dati di bilancio e relative note e relazioni dovranno essere predisposti secondo i criteri adottati dalla Delib.G.R. n. 9/350/2010 e conseguente circolare attuativa in occasione del Bilancio di esercizio.

Lo sviluppo dei costi conseguenti, nel rispetto delle normative vigenti e delle linee guida in materia contabile che qui si richiamano integralmente e in particolare nel rispetto del principio della competenza economica, resta affidato all'autonomia aziendale, ovviamente nell'ambito dell'equilibrio fra le varie voci (personale, beni e servizi, ecc.) che necessitano di verifica e confronto a livello di sistema attraverso l'attivazione di attività di benchmarking e nel rispetto dei parametri percentuali che verranno determinati con decreto della Direzione Generale Sanità che tengono conto anche delle medie ponderate regionali. In relazione ai costi del personale si richiama l'attenzione degli uffici competenti delle aziende sanitarie e delle Direzioni aziendali a quanto definito dalla *L. 122/2010*, anche in relazione a quanto specificato negli altri allegati al presente provvedimento.

Nel quadro sopradescritto la responsabilità gestionale diretta dei Direttori Generali sulla crescita dei costi assume, quindi, una sempre maggiore rilevanza anche in relazione a possibili finanziamenti di posti di specializzazione necessari per la continuità dei servizi, da definire previa validazione della Direzione Generale Sanità.

Azienda Regionale Emergenza Urgenza

Per l'anno 2011 l'AREU riceverà un finanziamento con apposito decreto della Direzione Generale Sanità sentita la Direzione Centrale Programmazione Integrata della Presidenza, comprensivo sia della quota di finanziamento per funzioni da sottoporre a contrattazione con le Aziende sanitarie coinvolte nel sistema dell'emergenza e urgenza sia delle risorse per le altre attività e il proprio funzionamento.

Ai fini della predisposizione dei Bilanci di previsione dell'anno 2011 di tutte le aziende sanitarie, l'AREU procederà al perfezionamento delle specifiche convenzioni di servizio con le Aziende sanitarie interessate nelle quali saranno determinate le risorse riconosciute per l'erogazione dei servizi di emergenza e urgenza.

Le aziende sanitarie interessate dovranno allegare al proprio Bilancio preventivo 2011 specifica dichiarazione dell'AREU che certifica l'importo riconosciuto quale ricavo per il 2011 a seguito della stipula della convenzione sopraccitata.

Per il 2011 AREU continuerà l'attività di Trasporto Organi e Tessuti già presa in carico nel corso dell'esercizio 2010.

In attuazione del disposto della Delib.G.R. n. 5/10804 del 2009 e della *Delib.G.R. n. 8/6994 del 2008* (punto 7 lettere J e K del deliberato), a partire dal Bilancio 2011 l'AREU completerà il passaggio di funzioni in materia di C.R.C.C. in raccordo con l'Azienda sanitaria ad oggi coinvolta e con la Direzione Generale Sanità. Le relative risorse saranno assegnate con decreto della Direzione Generale Sanità all'Areu previa riduzione delle assegnazioni all'Azienda sanitaria interessata.

ARPA

Il 5 agosto 2010 è stata stipulata tra ARPA e Direzione Generale Sanità la convenzione unica, valida per l'anno 2010, per la regolamentazione dei rapporti tra ASL e i Dipartimenti territoriali ARPA.

Sulla base di tale convenzione per l'anno 2011 la Direzione Generale Sanità e ARPA dovranno procedere a nuovo accordo entro il 31 gennaio 2011 che tenga conto della revisione in atto dei programmi di verifica della qualità delle acque destinate al consumo umano condotti dalle ASL e del progetto di riorganizzazione dei laboratori di prevenzione delle stesse ASL, nonché del progetto di riorganizzazione della rete dei laboratori regionale di ARPA.

Certificabilità dei Bilanci delle Aziende Sanitarie

In relazione a quanto definito da ultimo nel Patto sulla Salute del 3 dicembre 2009 all'articolo 11 le Regioni si sono impegnate a garantire l'accertamento della qualità delle procedure amministrativo contabili sottostanti alla corretta contabilizzazione dei fatti aziendali, nonché la qualità dei dati contabili.

È in fase di emanazione il primo decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze in merito alla valutazione straordinaria dello stato delle procedure amministrativo contabili.

Il decreto prevede che per la nostra regione entro il 30 giugno 2011 sia svolta secondo la metodologia prevista la valutazione straordinaria dello stato delle procedure amministrativo

contabili. In estrema sintesi, specificando che saranno fornite tutte le puntuali indicazioni con note e provvedimenti della Direzione Generale Sanità non appena il Decreto sarà adottato in via definitiva, sono previste quattro fasi:

FASE 1: ricognizione delle procedure amministrative contabili presso ciascuna Azienda pubblica del SSR;

FASE 2: valutazione straordinaria delle risultanze contabili aziendali per l'anno 2009;

FASE 3: ricognizione a livello regionale delle procedure amministrative contabili del SSR;

FASE 4: valutazione straordinaria delle risultanze contabili regionali.

Il percorso avviato costituisce il primo passo verso la certificabilità dei Bilanci che è impegno condiviso tra Stato e Regioni nell'ambito del Patto sulla Salute.

Sono infatti in corso e si concluderanno a breve, anche in relazione a quanto previsto dai decreti di attuazione del Federalismo fiscale, i lavori per dotare il livello nazionale di un quadro di principi contabili e regole idoneo a supportare l'effettiva certificabilità dei Bilanci delle Aziende sanitarie e della Regione.

In tale contesto le Aziende, con particolare riferimento alle Direzioni Generali e alle Direzioni Amministrative, dovranno attivare tutte le risorse necessarie al fine di consentire alla Regione Lombardia di assolvere agli obblighi assunti in sede di Patto sulla Salute e agli adempimenti previsti sul Tavolo di Verifica degli adempimenti costituito ai sensi dell'art. 12 dell'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005.

Indicatori di Bilancio

Dall'esercizio 2011 in concomitanza con l'avvio del nuovo mandato dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie sarà attivato un sistema di monitoraggio basato su un primo set di indicatori di tipo gestionale e patrimoniale che consentano di valutare in modo più oggettivo l'aderenza delle dinamiche aziendali alla programmazione e agli indirizzi regionali emanati nel quadro di regole sopra evidenziato.

Con specifico decreto della Direzione Generale Sanità, partendo dalla valutazione degli indicatori in sede di bilancio di esercizio 2010, saranno definiti puntualmente i criteri di calcolo degli indicatori, le modalità di monitoraggio e i risultati attesi in termini di miglioramento degli indici che concorreranno a definire le assegnazioni finali delle risorse.

Indicatori per aziende ospedaliere

Indicatori economici-gestionali:

Costi del personale/ricavi della gestione caratteristica;

Costi per beni e servizi/ricavi della gestione caratteristica;

Costi caratteristici/ricavi della gestione caratteristica;

Costi caratteristici/totale costi al netto ammortamenti sterilizzati;

Indicatori patrimoniali:

Grado di indebitamento corrente: $\text{Passivo corrente} / \text{Totale Passività}$;

Cespiti per addetto: $(\text{Attivo Fisso} - \text{Immobilizzazioni finanziarie}) / \text{N. Addetti}$;

Durata media dei crediti verso clienti: $\text{Crediti verso clienti} / \text{ricavi della gestione caratteristica} * 365$;

Durata media dei debiti verso fornitori: $\text{Debiti verso fornitori} / \text{acquisti} * 365$;

Indicatori ASL**Indicatori economici-gestionali:**

Costi del personale/cittadino assistito;

Costi per beni e servizi/cittadino assistito;

Costi di assistenza protesica/cittadino assistito;

Costi per assistenza sanitaria fuori regione/cittadino assistito;

Costi per assistenza sanitaria all'estero/cittadino assistito;

Percentuale farmaci generici;

Costi per assistenza farmaceutica territoriale/cittadino assistito;

Indicatori patrimoniali:

Grado di indebitamento corrente: $\text{Passivo corrente} / \text{Totale Passività}$;

Durata media dei crediti verso clienti: $\text{Crediti verso clienti} / \text{ricavi della gestione caratteristica} * 365$;

Durata media dei debiti verso fornitori: $\text{Debiti verso fornitori} / \text{acquisti} * 365$;

Indirizzi utili all'attuazione del comma 11 dell'art. 12 della L.R. n. 33 del 30 dicembre 2009 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità).

Per l'attuazione alla verifica straordinaria di cassa e dei valori custoditi in tesoreria nonché delle poste patrimoniali si richiama integralmente quanto già disposto dalla *Delib.G.R. n. 8/10803 del 16 dicembre 2009* all'allegato 2.

Si precisa che la verifica dovrà riguardare tutte le aziende sanitarie pubbliche in occasione dei rinnovi degli incarichi di direzione a decorrere dal primo gennaio 2011, anche nel caso di conferma del Direttore Generale.

Al fine di rendere più completa la verifica patrimoniale, la stessa dovrà essere integrata con una specifica verifica dei contenziosi in esito a sinistri verificatisi in azienda precedentemente alla data della verifica straordinaria. Tale verifica dovrà contenere tutti i dati utili all'individuazione e alla

quantificazione dei contenziosi nonché specificare quali azioni correttive l'azienda ha posto in essere al fine di evitare il ripetersi di tali eventi.

In aggiunta a quanto sopra, la verifica dovrà altresì mettere in evidenza l'impatto finanziario generato dagli investimenti effettuati anche al fine di consentire una valutazione sugli investimenti da effettuare.

Al fine di rendere più trasparente e chiara la verifica patrimoniale sono stati forniti indirizzi alle Aziende sanitarie per il ripiano formale delle perdite riferite a tutto il 31 dicembre 2002 attraverso la mera regolarizzazione contabile delle rimesse di cassa ricevute nel corso degli esercizi e derivanti da provvedimenti di ripiano nazionali o regionali a totale copertura delle stesse. Tali indirizzi hanno consentito altresì di superare i rilievi in merito mossi dalla Corte dei Conti.

Indicazioni generali e regole per la gestione economico finanziaria

Indicazioni generali per i Bilanci preventivi

Le linee operative per il finanziamento delle aziende sanitarie per l'anno 2011 e le conseguenti previsioni economiche per la redazione del bilancio preventivo delle singole ASL, nel rispetto degli indirizzi del presente atto, saranno declinate nei successivi atti della Direzione Generale Sanità e della Direzione Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale per quanto di competenza.

In tema di ricavi da inserire nel Bilancio preventivo 2011 le

aziende sanitarie dovranno porre la massima attenzione alla precisa distinzione nella classificazione delle poste di bilancio distinguendo in particolare la natura pubblica/privata delle stesse e all'interno della natura pubblica differenziare precisamente le poste provenienti da enti pubblici diversi dalla Regione Lombardia.

Pari attenzione andrà posta nell'imputazione e nella descrizione in nota integrativa descrittiva delle eventuali poste di ricavi legati a fatti/accadimenti a carattere straordinario (una tantum): sopravvenienze attive ordinarie e straordinarie, rimborsi assicurativi etc.

A tali poste di ricavo potranno eventualmente essere correlati costi di tipo non strutturale ovvero una tantum, nell'ottica di un necessario e costante miglioramento degli indici di Bilancio delle aziende.

Nel caso di prestazioni/servizi tra aziende sanitarie pubbliche occorre che venga garantita la piena corrispondenza di importo e di competenza con i costi delle aziende interessate.

Tale presupposto è infatti essenziale per la garanzia di mantenimento dell'equilibrio economico finanziario del Sistema Sanitario Regionale.

Si richiama per tutte le aziende sanitarie quanto più sopra riportato ovvero la particolare attenzione ai dati di ricavo per prestazioni sanitarie erogate a cittadini di altre regioni italiane e ai cittadini di altre nazionalità.

Le assegnazioni alle aziende sanitarie fatte con Decreto del Direttore Generale Sanità conterranno una quota di premialità, fino allo 0,1% del Budget di costi di diretta gestione, legata alla puntuale verifica attraverso flussi informativi del rispetto di alcuni indicatori che saranno declinati all'interno

dei decreti stessi; in via prioritaria gli indicatori faranno riferimento al rispetto dei tempi di pagamento (come da indirizzo del presente allegato), al rispetto della tempistica e delle modalità dei flussi informativi di cui all'allegato 13, nonché agli indicatori riferiti al personale di cui all'allegato 6.

La verifica di tali indicatori sarà condotta entro il terzo trimestre e determinerà la conferma o meno della quota di premialità. Al fine di agevolare e rendere coerente la programmazione regionale e aziendale, la quota in argomento potrà essere contabilizzata solamente a partire dal terzo trimestre, previo esito favorevole della verifica a cura della Direzione Generale Sanità.

Si precisa che in considerazione del fatto che per quasi tutte le funzioni i costi possono essere definiti solo a consuntivo, nel rispetto dell'ammontare complessivo pari a 571 milioni di euro gli importi delle singole funzioni saranno meglio determinati nella deliberazione di assegnazione.

Le funzioni riferite alle attività di trapianto, neuropsichiatria, terapia intensiva, trasporto neonatale, piano sangue (allegato 4) e di formazione universitaria del personale non medico saranno nel 2010 da considerarsi a destinazione vincolata. Per quanto riguarda le funzioni di PS si rileva che il 10% dei fondi saranno destinati sulla base della riduzione dei ricoveri urgenti con un giorno di degenza nel corso del 2010 rispetto a quelli rilevati nel 2009, con la finalità di incentivare la gestione dei pazienti in fase di diagnostica differenziale in una modalità alternativa alla degenza.

Si conferma la funzione istituita nel 2009 per sostenere la complessità di gestione del file F con particolare attenzione alle principali strutture di riferimento, mentre dal 2010 per supportare le attività di cardiocirurgia pediatrica e neonatale di particolare complessità è determinata una funzione specifica i cui dettagli saranno individuati con la delibera delle funzioni relative all'anno 2010 stesso.

Anche nel 2011 verrà continuata l'equiparazione finanziaria sui trattamenti tributari IRAP e IRES nei confronti degli erogatori pubblici rispetto agli erogatori privati.

Per quanto riguarda i contributi vincolati da Regione e da Altri Enti Pubblici si precisa che tali contributi dovranno essere documentati con i relativi provvedimenti formali di assegnazione, anche in questo caso facendo attenzione nella corretta classificazione delle poste di bilancio distinguendo la natura pubblico/privato.

I Bilanci preventivi economici anno 2011 dovranno essere approvati, in relazione ai contenuti del presente atto e delle linee di indirizzo operative conseguenti nonché degli obiettivi economici assegnati, entro il 25 gennaio 2011.

Va ricordato che il Collegio Sindacale in sede di esame dei preventivi economici e delle certificazioni trimestrali e del Bilancio di esercizio, deve rilasciare il proprio parere senza condizioni e raccomandazioni e previa formale verifica di tutti gli adempimenti previsti dalle norme nazionali e regionali.

Per l'anno 2011 tutte le Aziende sanitarie dovranno procedere all'adozione di un provvedimento che definisca e precisi, nel rispetto della normativa vigente, le modalità di trasmissione formale e sottoposizione al parere del Collegio Sindacale dei provvedimenti aziendali adottati dagli Organi Aziendali o dai Dirigenti in forza di delega.

Nel corso dell'esercizio 2011 verranno valutati in modo compiuto gli impatti economico-finanziari derivanti dagli oneri di messa a regime sia per i nuovi ospedali presso cui nel corso del 2010 si è

proceduto al trasferimento delle attività sanitarie sia per i nuovi ospedali che trasferiranno le attività nel corso del 2011.

Nel caso in cui il Bilancio di esercizio possa effettivamente generare un risultato positivo, tali risorse potranno essere destinate agli investimenti per interventi di messa a norma e sicurezza, previa validazione della Direzione Generale Sanità.

Per la redazione dei Bilanci preventivi le Aziende sanitarie dovranno tenere conto che le assunzioni di personale, salvo casi eccezionali specificatamente ed espressamente autorizzati dalla Direzione Generale Sanità, devono essere attivate esclusivamente dopo l'approvazione degli specifici piani.

Nei bilanci preventivi delle Aziende Ospedaliere e delle Fondazioni IRCCS i ricavi di tutte le prestazioni sanitarie dovranno essere formalmente validati dalla ASL di riferimento territoriale tenendo conto dell'applicazione della *Delib.G.R. 30 luglio 2008, n. 8/7856*.

Alle Aziende sanitarie saranno forniti puntuali indirizzi operativi sulle voci di costo standard territoriale più significative (personale, spesa farmaceutica, protesica, costi per assistenza di base – MMG, PLS, MCA ecc.).

Ai sensi della normativa vigente il bilancio preventivo deve garantire l'equilibrio economico finanziario. Il Bilancio preventivo 2011, esecutivo, diviene l'obiettivo aziendale da perseguire sia in termini di risultato economico che per l'aspetto programmatico, in quanto attuativo delle linee di indirizzo definite.

Al fine di garantire l'equilibrio economico-finanziario del Sistema Sanitario Regionale il contenuto del presente provvedimento potrà essere integrato, anche nel corso dell'esercizio 2011, in relazione alla verifica degli andamenti della spesa in occasione delle chiusure trimestrali e agli esiti dei tavoli di monitoraggio nazionali sui Livelli Essenziali di Assistenza sulla spesa sanitaria, nonché dagli atti formali connessi al riparto del Fondo Sanitario Nazionale per il 2010.

Gestione finanziaria delle Aziende Sanitarie Lombarde

L'anno 2011 la gestione finanziaria sarà caratterizzata dal consolidamento del nuovo sistema informatico «G3S» quale strumento di governo dei pagamenti centralizzati (Fondo Socio Sanitario).

Ad esclusione della tempistica di invio dei flussi, che per effetto delle nuove prerogative offerte dal sistema informatico potrà essere governata secondo le modalità organizzative più confacenti all'azienda, con l'unico limite tassativo del rispetto dei pagamenti entro la scadenza delle fatture (90 giorni), rimangono al momento immutate tutte le indicazioni attualmente vigenti per la gestione dei pagamenti.

Per tale obiettivo la Direzione Generale Sanità d'intesa con la Direzione Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale e la Direzione Centrale Programmazione Integrata attiverà tutte le azioni di sensibilizzazione verso gli erogatori privati nei rapporti con i loro fornitori.

Sarà infatti considerato tra gli obiettivi del Direttore Generale il mantenimento dell'obiettivo tempi di pagamento, precisando che concorre all'ottenimento del risultato anche lo smaltimento dei debiti iniziali, che dovranno essere esauriti entro il primo quadrimestre 2011 (fatto salvo contenzioso comprovato e segnalato ai fornitori).

Si porta in evidenza che tutti i flussi informativi in materia, per dare esecuzione alla suddetta operazione, costituiscono debito informativo.

Sarà altresì considerato tra gli obiettivi del Direttore Generale il rispetto della qualità e della tempistica di inoltro dei flussi finanziari mensili e trimestrali (Budget di Cassa e schede correlate).

Con esclusivo riferimento alle Aziende Sanitarie Locali, ulteriore obiettivo del Direttore Generale concerne la tempistica di pagamento delle competenze spettanti agli Erogatori Sanitari pubblici e privati sia per quanto concerne gli acconti mensili e infrannuali sia per il pagamento dei saldi pregressi.

Rispetto alle erogazioni verso gli erogatori pubblici si sollecita una maggiore cooperazione tra ASL ed Enti pubblici di apparte

nenza territoriale nella gestione degli acconti mensili con particolare riguardo alle c.d. «compensazioni» dei flussi di pagamento a gestione centralizzata che devono essere effettuati a cadenza mensile.

Riguardo alle erogazioni in conto competenza verso gli erogatori privati, le rimesse devono essere assicurate ai beneficiari entro la fine di ogni mese nella misura percentuale concordata nei singoli contratti e comunque non inferiore all'85%, così come i saldi infrannuali devono essere regolati non oltre il mese successivo alla scadenze pattuite (trimestre e/o semestre). In tali erogazioni le ASL dovranno tenere conto delle maggiorazioni tariffarie previste dalla *L.R. n. 7 /2010* determinato in un'entità pari all'85% del 2010 in attesa delle determinazioni di legge per il 2011.

I saldi pregressi dovranno essere interamente regolati con gli Erogatori entro e non oltre i 15 giorni successivi dall'incasso delle relative rimesse regionali (fatto salvo contenzioso comprovato).

Con riferimento al pagamento delle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture sanitarie a cittadini non lombardi (stranieri e fuori regione) si precisa che le ASL dovranno procedere con acconti commisurati in coerenza con quanto stabilito per le prestazioni per i cittadini lombardi e comunque non oltre il 95%. Le ASL procederanno al saldo di tali importi esclusivamente dopo la validazione dei dati della mobilità da parte delle Regioni e nella misura effettivamente comunicata dai competenti uffici regionali.

Obiettivo dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali è anche garantire il puntuale rispetto dei tempi previsti per l'erogazione degli acconti mensili e dei saldi trimestrali agli erogatori accreditati pubblici e privati ASSI, nonché della tempistica per l'invio alla Direzione Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale e Solidarietà Sociale delle rendicontazioni economico-finanziarie relative ai servizi sociosanitari integrati e di riabilitazione extraospedaliera.

Proseguirà nel 2011 il piano di superamento del contenzioso, secondo modalità che saranno successivamente definite. A tale proposito si rammenta che nel sistema «G3S» dovranno confluire tutte le fatture non pagate riferite agli anni pregressi, poiché attraverso il sistema informativo ed i flussi di budget sarà monitorato l'andamento del contenzioso in essere e di nuova formazione.

Obiettivo dei Direttori Generali sarà quello di porre in essere tutte le possibili azioni preventive finalizzate a limitare l'insorgere di cause di contestazione con i fornitori.

Limite degli investimenti autofinanziati

Nel richiamare integralmente quanto definito nella *Delib.G.R. n. 8/3776 del 2006*, nella *Delib.G.R. n. 8/5237 del 2007* e nella *Delib.G.R. n. 8/8501 del 2008* si precisa che anche per il 2011 il rispetto di tale limite farà parte degli obiettivi dei Direttori Generali con conseguente riflesso sulla valutazione annuale complessiva.

Al fine del rispetto degli equilibri complessivi del sistema regionale resta evidente che gli oneri economici, finanziari e di cassa (che vanno migliorati) devono trovare copertura all'interno dell'equilibrio economico finanziario dell'azienda.

Per tale motivo la priorità in tali investimenti deve essere data agli interventi per messa a norma e sicurezza.

Anche per il 2011 i limiti massimi di autofinanziamento sono stabiliti nel 1,5% per le Aziende Ospedaliere e per le Fondazioni e per lo 0,10 % per le ASL, calcolati come già definito nelle citate deliberazioni. L'utilizzo delle risorse è possibile previa presentazione alla Direzione Generale Sanità da parte delle Aziende di un piano annuale di interventi che, nel rispetto dei limiti sopra definiti, tenga conto oltre che degli impegni in termini di Stato Patrimoniale e di Conto Economico anche dei flussi di cassa connessi.

Si precisa che nel calcolo dei limiti di cui sopra dovranno essere escluse le risorse a carico di ASL e A.O. per gli interventi di edilizia sanitaria inseriti in Accordi di Programma Quadro e successivi Atti Integrativi già sottoscritti e in via di sottoscrizione con i Ministeri della Salute e dell'Economia.

Regole di ammortamento

Al fine di migliorare la performance finanziaria del Sistema Sanitario Regionale nel medio e lungo periodo si dispone che a decorrere dall'esercizio 2011 la quota di ammortamento per gli interventi su immobili è fissata al 6,5% annuo ferme restando le altre normative contabili.

Certificazioni Trimestrali

I Direttori Generali delle Aziende sanitarie, in occasione delle certificazioni trimestrali ai sensi della *L.R. n. 33/2009*, nonché dell'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005 e s.m.i., sono tenuti a

rispettare puntualmente i tempi di invio e ad attenersi scrupolosamente alle linee guida in materia contabile emanate dalle Direzioni Generali Sanità e Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale, prefigurando in ogni trimestre il reale andamento gestionale a fine anno, al fine di consentire un preciso monitoraggio dell'andamento della spesa sanitaria regionale e di consentire, ove necessario, interventi correttivi da parte della Regione.

Per le Aziende Ospedaliere e le Fondazioni IRCCS si richiama il vincolo inderogabile all'allineamento dei valori appostati a Bilancio in sede di monitoraggio trimestrale a quelli dei contratti stipulati con le ASL di riferimento nonché per le prestazioni extrabudget all'allineamento, come limite massimo, ai valori consolidati e validati dell'anno precedente, salvo diverso andamento delle rendicontazioni dei flussi informativi. Si richiama in proposito quanto previsto per l'invio e la rendicontazione dei flussi informativi delle prestazioni.

In relazione alla necessità di un puntuale coordinamento regionale nella gestione dell'erogazione delle prestazioni soggette a contrattazione tra le ASL e gli erogatori pubblici e privati quali ricoveri e ambulatoriale le ASL dovranno ritenere eventuali risparmi per tali voci di costo indisponibili per la copertura di altre voci di spesa, fatte salve le compatibilità di sistema.

Anche per l'anno 2011 per la spesa farmaceutica si ribadisce che eventuali risparmi dovuti ad effetti di norme nazionali o regionali sono da considerare indisponibili; mentre i risparmi derivanti dalle azioni di governo poste in essere dalle ASL potranno essere utilizzati con diversa finalità esclusivamente tramite esplicita validazione preventiva da parte della Direzione Generale Sanità dei progetti di intervento che devono necessariamente definire gli effetti economici previsti in termini aziendali e di sistema regionale.

Altre disposizioni e indirizzi di sistema

Accantonamenti personale: si precisa che per l'anno 2011 ai fini dell'accantonamento previsto dalla *L. 248/2005* per le applicazioni contrattuali di tutto il personale dipendente, personale universitario e convenzionato le aziende procederanno ad accantonare, a valere sul monte salari/convenzioni del 2009, almeno la vacanza contrattuale ai sensi di quanto definito nel documento propedeutico relativo al Patto per la Salute 2010-2012 e nella *L. 122/2010*.

Accordi Stato Regioni: con il presente atto si dispone il recepimento di tutti gli accordi Stato Regioni in materia sanitaria e socio-sanitaria approvati nel corso dell'anno 2010 e si dà mandato alla Direzione Generale Sanità e alla Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale di promuovere i conseguenti atti ai fini della fattiva applicazione degli stessi.

Obiettivi e confermabilità dell'incarico dei Direttori Generali: si richiama il contenuto dell'art. 3, comma 8, dell'Intesa stato-regioni del 23 marzo 2005 e si ribadisce che, ai fini della confermabilità dell'incarico del Direttore Generale di ASL, Aziende Ospedaliere e Fondazioni IRCCS, il mancato rispetto dei contenuti e della tempistica dei flussi informativi ricompresi nell'NSIS.

Livelli essenziali aggiuntivi

Con la *Delib.G.R. n. 7/7328 dell'11 dicembre 2001* e la *Delib.G.R. n. 7/13915 del 1° agosto 2003* in materia di assistenza farmaceutica, con la *Delib.G.R. n. 8/3111 del 1° agosto 2006* in materia di assistenza specialistica e con la *Delib.G.R. n. 68804 del 24 maggio 1995* in materia di assistenza integrativa, Regione Lombardia ha regolamentato, ai sensi della normativa e Intese Stato regioni vigenti, l'erogazione di prestazioni di livelli essenziali aggiuntivi regionali.

Come precisato già da ultimo nella *Delib.G.R. n. 8/10804 del 2009* le prestazioni erogate sono puntualmente verificate attraverso i flussi informativi in essere e le risorse ad essi destinate, che sono stimabili per il 2011 in circa 18 milioni di euro complessivi, non sono poste a carico delle disponibilità finanziarie per il Servizio Sanitario Nazionale e trovano copertura nell'equilibrio complessivo del Servizio Sanitario Regionale.

Ticket sulle prestazioni Ambulatoriali

Nel corso del 2009 l'impegno della Giunta e quello personale del Presidente a sostenere l'economia regionale ed i cittadini per cui sono insorte delle difficoltà economiche a causa della congiuntura economica nazionale ed internazionale sfavorevole è stato notevole. Si ritiene quindi che, con l'obiettivo di rafforzare le politiche di sostegno alle famiglie ed ai soggetti in difficoltà già in atto, anche per l'anno 2011 vengano inseriti tra gli esenti per le prestazioni di specialistica ambulatoriale anche i cittadini in cassinintegrazione straordinaria ed i familiari a carico e che per loro e per i lavoratori in mobilità ed i disoccupati iscritti agli elenchi anagrafici dei centri per l'impiego ed i familiari a

carico, al fine di godere dell'esenzione, non sia necessario dimostrare di possedere il criterio reddituale così come oggi previsto dalla normativa vigente. Ci si avvarrà, per certificare lo stato di diritto all'esenzione, della stessa modalità prevista per l'esenzione rispetto al ticket per i farmaci.

Risk Management/Patient Safety

La circolare n. 46/SAN del dicembre 2004, ha posto le basi per un percorso attuativo di politiche di risk management in sanità. La Delib.G.R. n.8/ 7289 del 19 maggio 2008 ha formalizzato l'istituzione della funzione di Risk Management in tutte le aziende sanitarie lombarde e dal 2010 è stata introdotta la figura del Mediatore di conflitti quale elemento cardine per il rafforzamento del rapporto di fiducia fra cittadino e struttura

Le principali linee di intervento ad oggi perseguite attengono a: rafforzamento della funzione di risk management nei modelli organizzativi aziendali, consolidamento del rapporto struttura-paziente, mappatura rischi RCT/O, formazione in tema di risk management, linee guida annuali per le aziende sanitarie, analisi e approfondimenti per il miglioramento della gestione degli eventi sentinella, raccolta e diffusione delle buone pratiche in collaborazione con Age.nas.

L'obiettivo è di consolidare gli strumenti e le sinergie fra i diversi attori coinvolti nella gestione del rischio e della sicurezza del paziente, sviluppando le condizioni di miglioramento delle prestazioni clinico assistenziali attraverso la responsabilizzazione diretta di tutti gli operatori coinvolti.

Le linee strategiche in ambito di gestione del rischio, si articolano per l'anno 2011 nel piano di azioni di seguito delineato

- Realizzazione di progetti operativi per l'anno 2011 in coerenza con la strategia aziendale e tenuto conto della particolare sinistrosità di ogni singola azienda, con esplicito riferimento agli obiettivi internazionali per la sicurezza del paziente di Joint Commission:

- Identificazione corretta del paziente
 - Miglioramento dell'efficacia della comunicazione
 - Miglioramento della sicurezza dei farmaci ad alto rischio
 - Identificazione dell'intervento chirurgico in paziente corretto, con procedura corretta, in parte del corpo corretta
 - Riduzione del rischio associato alle infezioni nell'assistenza sanitaria
 - Riduzione del rischio di danno al paziente in seguito a caduta
 - Formazione del personale orientato al miglioramento della sicurezza dei pazienti nonché delle Raccomandazioni Ministeriali in materia di rischio clinico:
1. Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di cloruro di potassio - kcl - ed altre soluzioni concentrate contenenti potassio
 2. Prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico
 3. Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura

4. Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale
 5. Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ab0
 6. Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto
 7. Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica
 8. Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari
 9. Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali
 10. Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati
 11. Prevenzione della morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)
 12. Prevenzione degli errori in terapia con farmaci «lookalike/ soundalike» LASA
- Aggiornamento continuo del Data Base regionale per il monitoraggio della sinistrosità aziendale (RCT/O), delle polizze, nonché per la raccolta dei dati riguardanti le cadute dei pazienti e visitatori e degli infortuni accorsi agli operatori.
 - Gestione degli Eventi Sentinella: segnalazione dei casi attraverso SIMES (sistema informativo attivato a livello nazionale) mediante compilazione delle schede A e B nei termini previsti, ponendo particolare attenzione alla descrizione del caso e delle cause, dell'analisi condotta, delle azioni intraprese nonché degli indicatori di risultato per la misurazione degli effetti.
 - Continuità operativa del Gruppo di Coordinamento per la Gestione del Rischio per definire ed attuare le politiche aziendali di Risk Management nonché del Comitato Valutazione Sinistri (CVS) per migliorare la gestione dei sinistri con particolare attenzione alle riforme legislative in atto in materia di conciliazione (*D.Lgs. 28/2010*).
 - Promuovere l'implementazione di processi di ascolto/mediazione all'interno dell'Azienda e assicurare l'attivazione di scambi interaziendali fra mediatori per l'operatività delle équipe di mediatori, dando applicazione agli indirizzi operativi regionali (luglio 2010).
 - Analisi a livello centrale di un'ipotesi operativa per la copertura assicurativa RCT/O che preveda un giusto mix tra auto ritenzione e trasferimento del rischio.
 - Applicazione delle Linee di indirizzo regionali (luglio 2010) in occasione dell'appalto per la copertura assicurativa di RCT/O.
 - Compilazione, a cadenza da definirsi, di un format che espliciti - per gli eventi avversi ritenuti significativi e verificatisi nel periodo di riferimento - una serie di informazioni, condivise con la Direzione Generale aziendale, utili a dare evidenza del livello di conoscenza e gestione del rischio e per le ricadute sulle politiche assicurative; tale format sarà quindi trasmesso alla DG Sanità.
 - Organizzazione di eventi formativi aziendali specifici sulle aree di maggior criticità.

- Partecipazione dei Risk manager, responsabili CVS, Qualità e Mediatori agli eventi formativi/informativi regionali che riguarderanno principalmente:

- Mediazione dei conflitti (ASL)
- Prevenzione e gestione del rischio infezioni
- Prevenzione e gestione del rischio in ostetricia e ginecologia
- Prevenzione e gestione del rischio cadute di ospiti presso RSA
- Audit Eventi Sentinella
- Implementazione delle raccomandazioni ministeriali
- Responsabilità sanitaria
- Indicatori

Dovrà essere assicurata la partecipazione attiva ai Network trimestrali finalizzati allo scambio di esperienze e per favorire la diffusione di una cultura del rischio.

(5) Ad integrazione della presente deliberazione vedi la *Delib.G.R. 30 marzo 2011, n. 9/1479* e la *Delib.G.R. 28 luglio 2011, n. 9/2057*.

Allegato 3

Gli acquisti delle aziende sanitarie: Linee di indirizzo ⁽⁶⁾

Premessa

In linea con l'indirizzo degli anni precedenti Regione Lombardia riconosce le aziende sanitarie protagoniste delle politiche di acquisto intese come strumento fondamentale affinché sia sviluppato il corretto rapporto tra i costi ed i servizi erogati.

A sostegno di questo obiettivo Regione Lombardia continuerà a sviluppare interventi di 'rete in grado di supportare la funzione acquisti.

Il sistema degli acquisti del servizio sanitario regionale

Regione Lombardia ritiene che gli acquisti della Pubblica amministrazione siano fondamentali anche per lo sviluppo di un sistema socio-economico equilibrato e volto all'innovazione e allo sviluppo costante.

Sottolineato tale assunto, le Aziende Sanitarie sono invitate ad aderire ovvero a contribuire alla formazione di aggregazioni strategiche della domanda, nel rispetto di quanto disposto dalla

normativa vigente e dalle iniziative regionali, con particolare riferimento alla Centrale Regionale Acquisti.

Con particolare riferimento alle iniziative attivate dalla Centrale Acquisti si sottolinea che le Aziende sanitarie sono tenute in via prioritaria ad aderire a tali iniziative. Nel caso dell'attivazione di procedure di acquisto autonome le Aziende sanitarie sono tenute a dare evidenza del fatto che tali procedure si configurano come più vantaggiose dal punto di vista economico e/o gestionale rispetto all'adesione ai contratti e/ o convenzioni attivate dalla Centrale Acquisti regionale.

Consip

A livello nazionale opera CONSIP. Le vigenti normative stabiliscono le modalità di accesso e utilizzo delle convenzioni stipulate da CONSIP per le amministrazioni pubbliche italiane.

In relazione agli adempimenti connessi all'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005 e successive modifiche e integrazioni si ricorda che le Aziende sanitarie pubbliche sono tenute, come già avvenuto in prima applicazione per l'anno 2009, a garantire la disponibilità dei dati e l'invio dei flussi informativi al fine di garantire l'adempimento previsto dalla normativa vigente.

Resta confermata, ma solo in sede di redazione del Bilancio di Esercizio – nota integrativa descrittiva –, la dichiarazione che evidenzia il rispetto dell'*art. 2, comma 1, del decreto-legge 18 settembre 2001 n. 347* convertito con modificazioni dalla *legge 16 novembre 2001 n. 405* così come modificato dall'*art. 3 comma 168 della legge 24 dicembre 2003 n. 350* con particolare riferimento agli eventuali acquisti effettuati al di fuori delle convenzioni e per importi superiori ai parametri di qualità e prezzo di riferimento.

Centrale Acquisti Regionale

La Centrale Acquisti Regionale che si interfaccia con tutti gli Enti del Sistema regionale definito ai sensi della *L.R. n. 30/2006* ha portato a regime la propria attività con diverse iniziative anche specifiche del settore sanitario.

Per l'anno 2011, la Centrale Acquisti Regionale svilupperà la propria attività in modo da offrire un supporto operativo alle Aziende Sanitarie.

Entro il mese di gennaio, la Centrale Regionale degli acquisti fornirà l'elenco delle procedure che saranno esperite nell'anno 2011, con la relativa calendarizzazione, in modo che le Aziende Sanitarie possano sviluppare la propria azione di programmazione degli acquisti in maniera coerente. Tale tempistica deve essere strettamente rispettata al fine di consentire alle Aziende sanitarie di adempiere alle disposizioni della normativa vigente in materia e di non incorrere in eventuali osservazioni da parte dei Collegi sindacali.

Entro il 31 gennaio 2011 il Comitato Strategico definisce la programmazione delle attività della Centrale Acquisti per l'anno 2011 tenendo conto delle procedure già espletate.

Nel corso dell'anno 2011, Centrale degli Acquisti effettuerà un approfondimento in merito all'opportunità di porre in essere «accordi quadro», per quei prodotti che hanno le caratteristiche, quali strumenti di semplificazione e tempestività nell'approccio ai mercati, nonché implementerà ulteriormente il sistema delle convenzioni.

Per definire la propria programmazione e la propria attività la Centrale Acquisti si basa sui flussi informativi delle aziende sanitarie; si richiama quindi l'obbligo per tutte le Aziende sanitarie di rispettare i tempi e la cura della qualità dei dati trasmessi. In tali comunicazioni le aziende dovranno specificare tutte le informazioni richieste oltre che indicare le motivazioni per le quali eventualmente non intendano avvalersi delle procedure della Centrale Acquisti.

Centrale Acquisti fornirà alla Direzione Generale Sanità, almeno trimestralmente, tutti gli elementi informativi utili a consentire la valutazione dell'attività resa e del grado di adesione delle Aziende sanitarie alle iniziative attivate. A tal fine dovrà essere condiviso con i competenti uffici della Direzione lo schema di dati da fornire in merito alle adesioni delle Aziende e al livello di utilizzo dei contratti della Centrale acquisti rispetto ai fabbisogni segnalati prima delle gare.

Su tali dati le Direzioni aziendali, oltre all'obbligo di invio tempestivo dei dati di cui sopra, saranno tenute a chiarire gli eventuali scostamenti significativi.

La Centrale Acquisti regionale si impegna, in sinergia con tutti gli Enti del sistema regionale, a perseguire la semplificazione dei flussi informativi richiesti, con tempi congrui, alle aziende sanitarie.

Sviluppo di iniziative tecnologiche e piattaforma di e-procurement SinTel

Le Aziende Sanitarie dovranno continuare a sviluppare le opportune iniziative per modificare progressivamente le procedure concorsuali mediante l'utilizzo delle funzionalità e degli innovativi strumenti messi a disposizione dalla piattaforma regionale SinTel.

Sarà, pertanto, richiesto alle Aziende Sanitarie un incremento delle procedure di gara tramite piattaforma, numerico o quantitativo (importo complessivo), e il consolidamento delle procedure con aggiudicazione con il criterio «dell'offerta economicamente più vantaggiosa» (*art. 83 D.Lgs. 163/2006 e s.m.i. – Codice contratti pubblici*).

L'attività di implementazione della piattaforma terrà in debito conto, compatibilmente con i vincoli tecnologici, le osservazioni e i suggerimenti dei professionisti delle Aziende Sanitarie. In particolare, saranno valutate soluzioni che consentano di semplificare le operazioni di registrazione anagrafica dei fornitori e tenuta degli elenchi nella direzione di eliminare le informazioni ridondanti.

Negli obiettivi affidati ai Direttori generali delle Aziende sanitarie saranno declinati specifici obiettivi che vanno nella direzione di un utilizzo più intenso della piattaforma nonché dell'utilizzo della stessa anche per funzionalità più complesse come le procedure ad offerta economicamente più vantaggiosa.

Consorzi e altre riunioni formalizzate

Le Aziende Sanitarie sono invitate ad aderire ai Consorzi o ad altre unioni formalizzate a livello provinciale e/o di macro aree finalizzati alla razionalizzazione della spesa per beni e servizi, in modo da fornire ai professionisti aziendali ulteriori opportunità nell'approccio ai mercati di riferimento e anche per costituire idonee piattaforme di benchmarking per confronti successivi con le procedure della Centrale Acquisti.

Le funzioni aziendali dovranno rispondere ad un modello organizzativo in grado di assicurare la programmazione integrata, prevedendo uno stretto raccordo delle funzioni strategiche trasversali legate alla programmazione, acquisto e controllo.

Nell'esperimento delle procedure di acquisizione, le Aziende Sanitarie opereranno con anticipo per valutare l'opportunità e la possibilità di attivare gare aggregate e, nel caso di gare non aggregate, per valutare se sia possibile sincronizzare le date di termine contratto in modo da poter successivamente verificare e attivare forme di acquisto condiviso.

I Direttori Generali favoriranno, all'interno delle Aziende dirette, le condizioni operative e contribuiranno alla rimozione degli ostacoli che si frappongono alla collaborazione interaziendale.

Nel corso dell'anno 2011, di concerto con le aziende interessate, saranno valutati strumenti per il rafforzamento di tali soggetti contrattuali. L'osservazione di tali esperienze nel corso di questi anni suggerisce di valutare con attenzione la possibilità di una formalizzazione più elevata e del rafforzamento della struttura operativa.

In particolare i Consorzi e le unioni di acquisto dovranno rafforzare soprattutto le attività di programmazione degli acquisti, anche attraverso la condivisione dei fabbisogni e delle anagrafiche dei prodotti in stretta connessione con l'attività introdotta dagli Osservatori.

Consorzi e altre unioni formalizzate saranno chiamati a partecipare al processo di razionalizzazione logistica che si svilupperà anche sulla base delle esperienze sperimentali promosse a livello regionale, come più avanti descritto.

Sistema regionale degli Osservatori

Il sistema regionale degli Osservatori (Osservatorio Servizi, Osservatorio Acquisti e Osservatorio Regionale Prezzi Tecnologie) nel corso del 2010 è stato fortemente implementato nei ritorni informativi alle Aziende, al fine di favorire la corretta valutazione del mercato e dei costi congrui di acquisto. Tale ritorno informativo è stato reso possibile attraverso la raccolta e condivisione di informazioni confrontabili, nonché lo sviluppo della capacità di compiere valutazioni di efficacia comparando il costo unitario totale sostenuto per i servizi di natura non sanitaria, anche in relazione alle valutazioni connesse al processo di outsourcing.

Nel corso dell'anno 2011 sarà proseguito il lavoro di condivisione di obiettivi e risultati con le aziende sanitarie e i loro professionisti del settore.

Osservatorio Servizi

Prosegue il lavoro sul monitoraggio delle performance relative ai servizi non sanitari e nel corso dell'anno la rilevazione si estenderà anche ad altri ambiti.

Si richiamano nuovamente le responsabilità delle Direzioni aziendali e dei referenti preposti in relazione alla corretta trasmissione dei dati, sia in termini di tempistica che di qualità, che, evidentemente, sono la preconditione per trarre il massimo vantaggio dall'iniziativa. La correttezza delle informazioni fornite verrà monitorata in corso d'anno.

A fronte delle analisi e dei report distribuiti a vantaggio delle aziende sanitarie, ognuna dovrà verificare i risultati ottenuti ed identificare le ragioni che li hanno generati. In un secondo momento,

con il supporto di aziende e/o di Regione Lombardia, sarà richiesto che vengano identificati un insieme di interventi ed un piano attuativo teso al miglioramento delle performance ottenute.

Osservatorio Acquisti

Il linea con il *D.M. 11 giugno 2010* relativo al monitoraggio dei dispositivi medici e, agli obiettivi regionali di ottimizzazione degli acquisti, il sistema Osservatorio Acquisti ed il relativo Flusso dei Consumi proseguiranno le attività di rilevazione ed analisi di gare, contratti, acquisti e consumi. Nella consapevolezza di quanto sia articolato e complesso il lavoro richiesto e attivato nel corso del 2010 sarà necessario affinare le integrazioni e lavorare di concerto con i professionisti aziendali affinché le informazioni divengano confrontabili con sempre maggior precisione

Con il miglioramento progressivo della qualità informativa rilevata dall'osservatorio, di cui le aziende sono direttamente responsabili, nel corso dell'anno si inizierà a distribuire le prime elaborazioni circa i costi medi dei dispositivi monitorati affinché ciascuna funzione acquisti possa disporre di informazioni di mercato reali ed oggettive. Tali indicazioni dovranno essere tenute in debito conto sia nella fase di identificazione delle caratteristiche dei dispositivi con miglior rapporto costo/prestazione sia per la determinazione dei costi di riferimento base di negoziazione con i fornitori.

Le aziende sanitarie, pertanto, dovranno operare, in termini organizzativi e funzionali in sintonia con il Sistema degli Osservatori al fine di mettere a fattor comune le informazioni relative a beni e servizi acquisiti

Tutte le Aziende Sanitarie sono quindi tenute a perseguire il miglioramento degli indicatori di performance individuati dal Sistema degli Osservatori dando evidenza delle azioni poste in essere e dei risultati raggiunti anche in sede di relazione di valutazione semestrale.

Sistemi di verifica e di monitoraggio

Anche per il 2011 i dati del Sistema degli Osservatori saranno utilizzati per il monitoraggio delle attività d'approvvigionamento, favorendo il confronto tra le prestazioni delle diverse Aziende Sanitarie.

Come strumento di valutazione dei risultati raggiunti verrà richiesta una Relazione di Valutazione Semestrale.

La Direzione Generale Sanità proseguirà nel 2011 la proficua collaborazione con i responsabili aziendali al fine di valutare l'attuazione delle linee di indirizzo regionali con particolare riferimento all'effettivo sviluppo di sinergie tra tutti gli strumenti attivati in regione per migliorare le performance di acquisto.

Formazione degli operatori della funzione acquisti

La Direzione Generale Sanità invita le Aziende Sanitarie a promuovere le iniziative aziendali e interaziendali di formazione dedicate agli operatori della Funzione acquisti al fine di:

- sviluppare una professionalità sempre più rispondente alle esigenze gestionali, a mercati sempre più globalizzati, all'evoluzione tecnologica e all'evoluzione della normativa di riferimento;
- consentire la più ampia conoscenza della sistematicità degli indirizzi regionali in materia.

La Regione favorirà programmi di formazione specifici per il personale inserito nella carriera direttiva, anche non laureato, al fine di garantire un livello di professionalità sempre più rispondente alla complessità del mercato e della gestione aziendale allargato a tutti gli operatori del settore.

I REF supporterà specifiche iniziative formative degli operatori, anche con il supporto delle associazioni di categoria.

Logistica ospedaliera

Nel 2011 la Direzione Generale Sanità promuoverà e supporterà la definizione progetti esecutivi tra aziende sanitarie relativi alla logistica ospedaliera del farmaco, dei presidi e delle attività di sterilizzazione.

Da quanto emerso in esito all'attività di ricerca e sperimentazione condotta tali progetti determinano una forte razionalizzazione e un sensibile miglioramento delle performance aziendali

Infatti la logistica dei beni nelle aziende sanitarie impiega notevoli risorse infrastrutturali (magazzini, depositi, aree di smistamento, ecc.), tecnologiche (mezzi, sistemi informativi di supporto alle attività gestionali e di controllo, ecc.) e soprattutto umane (elevato numero di personale utilizzato in attività a basso valore aggiunto o di natura amministrativa), che potrebbero, se riorganizzate, essere fonte di maggior efficienza, minori sprechi, migliore qualità e possibilità di reimpiego su attività a più alto valore aggiunto o comunque a favore dell'utente.

La situazione della logistica attuale è molto frammentata, le Aziende sanitarie frequentemente non solo gestiscono le attività logistiche in modo indipendente l'una dalle altre, ma all'interno della stessa Azienda, spesso, esistono diversi magazzini (centrali/periferici), a volte con diversi sistemi gestionali, diversi operatori logistici (interni/esterni), e differenti modelli operativi di gestione (delle scorte e del servizio al reparto).

Tale frammentazione fisica ed organizzativa comporta necessariamente inefficienze, diseconomie e basso livello di servizio rispetto a modelli logistici ottimizzati.

In tale contesto che è stato condiviso con le Direzioni e con i responsabili aziendali per l'anno 2011 tutte le aziende sanitarie dovranno condurre un'attenta e puntuale valutazione della situazione organizzativo funzionale interna individuando quali soluzioni di miglioramento possono essere attuate in linea con gli indirizzi regionali.

Pertanto entro 120 giorni dall'insediamento delle nuove Direzioni Aziendali i Direttori Generali dovranno produrre alla Direzione Generale Sanità idonea relazione (al massimo 10 cartelle) che dimostri: l'analisi puntuale della situazione aziendale (risorse e strutture) in materia di logistica del farmaco, dei dispositivi medici, del magazzino economale, nonché delle attività di sterilizzazione; la verifica del grado di integrazione dei sistemi informativi con la Funzione acquisti e con le strutture operative (ad es. reparti ospedalieri...); i piani esecutivi di progetti di razionalizzazione da attivarsi a breve e le ipotesi di fattibilità relative a progetti di razionalizzazione che riguardano più aziende sanitarie del territorio di riferimento.

(6) Ad integrazione della presente deliberazione vedi la *Delib.G.R. 30 marzo 2011, n. 9/1479* e la *Delib.G.R. 28 luglio 2011, n. 9/2057*.

Allegato 4

Piani e programmi di sviluppo internazionalizzazione del sistema sanitario lombardo ^{(7) (8)}

Il settore sanitario non può restare estraneo alla progressiva innovazione ed internazionalizzazione dei sistemi socio-economici. In questo quadro le «tradizionali» aree della Cooperazione allo Sviluppo e della progettazione europea vanno sviluppate e poste in più stretta relazione con il confronto e la collaborazione tra sistemi sanitari avanzati.

1. Alleanze sanitarie

I sistemi sanitari avanzati stanno affrontando temi in buona misura comuni.

Si tratta di cogliere l'opportunità di mettere a confronto le soluzioni adottate e di condividere le idee esistenti in merito alle sfide di lungo periodo, avviando momenti di incontro, procedure di consultazione e possibili progettualità comuni.

Questo può avvenire sia in ambito europeo sia rapportandosi a realtà di eccellenza fuori dal nostro continente. Collegamenti con sistemi meno avanzati potranno altresì permettere di aprire la strada all'esportazione di tecnologia e know-how lombardi. Queste alleanze con entità regionali o statuali, non escludono naturalmente la collaborazione con altri enti ed istituzioni.

In questo quadro, verranno sviluppate le azioni derivanti dalle intese siglate nel triennio 2008-2010 e proseguita la politica volta ad individuare l'opportunità di altre eventuali alleanze sanitarie utili a sviluppare una macro-area europea per lo sviluppo e gli avanzamenti delle tecnologie sanitarie.

2. Governance del sistema

Dalle considerazioni che precedono si evince la necessità di estendere al campo dell'internazionalizzazione del settore sanitario la capacità di governance dell'ente regionale, partendo dalla conoscenza del quadro complessivo delle iniziative promosse dalle singole aziende, nel rispetto pieno della sussidiarietà.

Si tratterà di mettere progressivamente a sistema il notevolissimo potenziale rappresentato dalle attività internazionali svolte dalle singole aziende e dai singoli istituti, anche in relazione alla capacità di attrazione e di sviluppo di scambi scientifico-professionali.

3. Progettazione europea

Anche in questo ambito va sviluppata un'azione di «governance» dell'ente regionale nell'ambito della piattaforma della sanità lombarda, e l'interazione tra il sistema regionale delle Università lombarde, la ricerca pubblica e privata e le imprese.

Già nel 2011, in due progetti, altrettante A.O. opereranno, accanto alla D.G. Sanità, direttamente in veste di partner del rispettivo consorzio europeo.

Altri progetti, collegati alle nostre alleanze europee, che si collocano nell'area dell'utilizzo delle tecnologie informatiche per favorire il trasferimento e la condivisione delle informazioni e dei

documenti sanitari, con una significatività strategica nell'area dell'interoperabilità dei sistemi, continueranno ad essere seguiti in raccordo con la Struttura SISS-CRS, e vedranno, nel corso del 2011, il pieno coinvolgimento di alcune Aziende Sanitarie nella prima fase di sperimentazione.

Le Alleanze Sanitarie in ambito europeo potranno favorire le partecipazioni del SiReg a nuovi progetti della Commissione.

4. Gemellaggi fra strutture ospedaliere

Lo strumento del gemellaggio ha raccolto un crescente interesse anche presso strutture accreditate private, vede attualmente impegnate una larga parte delle nostre Aziende Sanitarie e si conferma una modalità di intervento particolarmente agile ed efficace nell'ambito della Cooperazione alla Sviluppo.

Esso andrà sempre più collocato nel quadro generale dell'internazionalizzazione del Sistema Sanitario Regionale. Un gemellaggio può essere dunque anche considerato come test finalizzato a possibili forme di collaborazione più sistemiche, eventualmente sfocianti in alleanze sanitarie con Paesi o Regioni coinvolti. Così pure, per converso, come rilevante momento di implementazione delle stesse.

Da questo punto di vista lo strumento appare idoneo ad estendersi anche al di fuori della sfera dell'aiuto allo sviluppo, entro la quale è nato e si è sviluppato, per divenire anche un ambito di confronto con strutture omologhe di realtà avanzate (gemellaggi «da pari a pari»). Nel corso del 2011 saranno in atto le prime esperienze di questo tipo

5. Assistenza sanitaria a favore di cittadini comunitari ed extracomunitari

Questa attività dovrà dare attuazione all'assistenza ai sensi degli indirizzi OMS e delle normative vigenti e restare agganciata a progettualità più ampie, che mirino a favorire interventi strutturali, concentrati su particolari esigenze sanitarie, anche in collegamento ad iniziative di associazioni non profit di cooperazione.

RETI DI PATOLOGIA

L'organizzazione in rete delle strutture e dei servizi costituisce un passaggio qualificante e in grado di garantire omogeneità territoriale per le attività di diagnosi e di cura per patologie caratterizzate da elevata complessità. L'organizzazione in rete consente inoltre al paziente di orientarsi in modo sempre più consapevole all'interno di percorsi di cura di tipo specialistico di elevata complessità e favorisce la diffusione di conoscenze tra i professionisti, permettendo loro di indirizzarsi verso le opzioni terapeutiche più appropriate. L'attenzione verso il cittadino posto al centro del sistema si concretizza anche attraverso la realizzazione delle reti di patologia o Cluster Patologici, intese non solo come aggregazione di strutture, ma prioritariamente di funzioni e come comunità clinico-culturali abbinate ad infrastrutture di supporto

Tra gli obiettivi di sistema connessi all'implementazione delle reti è preminente la definizione di livelli clinico organizzativi o funzioni delle strutture e il loro inserimento nella rete e conseguentemente nei processi di gestione del paziente anche post-acuto. Vanno necessariamente individuati indicatori di processo delle fasi intermedie e finali che esprimano l'efficacia, l'efficienza ed il rapporto costo e beneficio annuale, con riguardo ai dati storici precedenti all'avvio delle reti ed al benchmark dell'anno precedente. Il percorso di Regione Lombardia, focalizzato su alcune reti,

proseguirà verso una estensione quali-quantitativa dell'esistente e verso un ulteriore ampliamento delle patologie coinvolte, in dettaglio:

- **Rete Nefrologica Lombarda (ReNe):** nel biennio 2009-2010 è stata avviata la sperimentazione del progetto «Realizzazione della Rete Nefrologica Lombarda (ReNe)», con la finalità di attivare, progressivamente, un sistema finalizzato alla corretta presa in carico del paziente nefropatico, attraverso percorsi sanitari appropriati con particolare attenzione alla migliore accessibilità da parte dei cittadini, all'aggiornamento e alla crescita professionale tra centri di riferimento e strutture del territorio. L'evoluzione della rete, strutturata per funzioni nodi e cluster, prevista per il 2011 comprenderà l'adesione di tutte le strutture sanitarie, oltre a quelle pilota della fase sperimentale individuate dalla Delib.G.R. n. 8/9741 del 2009 e l'implementazione del nuovo registro dialisi e trapianto, realizzato nell'ambito dell'infrastruttura e dei servizi attivati nel sistema SISS.

- **Rete Ematologica Lombarda (REL):** il progetto Rete Ematologica Lombarda (REL), nel 2010 con il supporto di Lombardia Informatica ha visto coinvolte le quattro strutture sanitarie pilota nella progressiva implementazione di data set minimi per le principali patologie ematologiche, ponendo particolare attenzione alla evoluzione tecnologica e semplificando la pubblicazione delle informazioni all'interno del Fascicolo Sanitario Elettronico. È prevista nel 2011 l'ulteriore

evoluzione della rete attraverso l'ampliamento delle strutture sanitarie aderenti e il completamento della fase di definizione del sistema informativo. Lo sviluppo degli applicativi necessari a supporto della rete, trovano la loro realizzazione nell'ambito dell'infrastruttura e dei servizi già attivati nel sistema SISS.

- **Rete Neonatologica Lombarda:** i dati relativi alla qualità delle cure neonatali in Lombardia sono testimoniati dai bassi indici di morbidità e mortalità infantile. Si conferma la opportunità di sviluppare, anche per le rianimazioni neonatali, un sistema di rete, che garantisca la sistematica raccolta di dati relativi ai neonati «critici» e permetta il costante scambio di informazioni e di esperienze anche con i PLS, e la condivisione di protocolli e procedure. Attraverso l'istituzione di un Gruppo di Approfondimento Tecnico è prevista per il 2011, a fronte di una attività propedeutica di definizione dei contenuti clinici ed informatici del sistema di archiviazione, l'attivazione della rete neonatologica con particolare riferimento all'infrastruttura informatica Comune ed integrata con il SISS ed alla individuazione dei centri pilota di fase sperimentale.

- **Rete BPCO e insufficienza respiratoria:** attraverso l'istituzione di un Gruppo di Approfondimento Tecnico è prevista per il 2011 una attività propedeutica di definizione dei contenuti clinici ed informatici del sistema di archiviazione in previsione dell'attivazione della rete BPCO con particolare riferimento all'infrastruttura informatica Comune ed integrata con il SISS. Verrà promossa l'implementazione di specifici protocolli diagnostici e terapeutici (PDT) regionali relativi alle riacutizzazioni e alla ventilazione terapia meccanica garantendo la continuità ospedale/territorio ed anche l'ospedalizzazione domiciliare.

- **Rete Centri Antiveneni (Rete CAV):** l'attività dei tre centri attivi in Regione Lombardia verrà integrata ed articolata in funzione delle specificità e delle competenze maturate.

- **Rete Gastroenterologica Lombarda:** attraverso l'istituzione di un Gruppo di Approfondimento Tecnico nel corso del 2011 sono previste le attività propedeutiche per l'attivazione della rete gastroenterologica lombarda con particolare attenzione, nella prima fase di implementazione della rete stessa, agli interventi ospedalieri urgenti.

- **Rete delle Radioterapie:** Attraverso l'istituzione di un Gruppo di Approfondimento Tecnico saranno sviluppate le attività propedeutiche all'istituzione della Rete delle Radioterapia (Nodi).

- **Epinetwork, Rete Udito e SIDS:** Grande attenzione sarà rivolta ai cittadini di fascia d'età pediatrica, attraverso l'istituzione di un Gruppo di Approfondimento Tecnico con un progetto specifico per la sordità infantile anche al fine di organizzare una rete interventistica. La rete mette in comunicazione i professionisti di discipline e ruoli diversi favorendo la formazione continua e il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni erogate. Il sistema informatizzato dedicato alla patologia supporta il sistema di rete facilitando la gestione clinica del paziente nell'ospedale e nel territorio. L'utilizzo della rete informatica arricchisce di contenuti clinici il Fascicolo Sanitario Elettronico di ogni cittadino favorendo la continuità di cura dello stesso anche in condizioni di urgenza ed emergenza. Epinetwork, Rete Udito e la rete per SIDS sono esempi avanzati di applicazione del modello organizzativo regionale di rete di patologia (Network di patologia).

- **Procreazione Medicalmente Assistita (PMA):** nel corso dell'anno 2010 il Gruppo di Approfondimento Tecnico ha proseguito i suoi lavori, orientati anche alla definizione delle caratteristiche del software idoneo, che integri sia gli aspetti clinici che gli aspetti relativi al controllo di qualità e gli aspetti gestionali (collegamento con CRS-SISS, soddisfacimento del debito informativo verso il Registro Nazionale). È prevista per il 2011 la definizione del software in collaborazione con Lombardia Informatica e l'implementazione nelle strutture coinvolte nella prima fase sperimentale del progetto.

OSPEDALE PER INTENSITÀ DI CURE

L'evoluzione della domanda di salute e lo sviluppo della rete dei servizi hanno portato ad una profonda revisione del ruolo dell'ospedale che, da luogo privilegiato della cura competente per un insieme esaustivo di servizi, diventa ospedale per acuti caratterizzato da tecnologie e competenze specialistiche integrate. L'ospedale non è più da intendersi una monade, ma l'espressione di funzioni le quali convergono in nodi e cluster a formare la Rete territoriale degli ospedali. Quanto più l'ospedale tende a definire e orientare in questa direzione il proprio ruolo tanto più diventa indispensabile stabilire le sinergie necessarie a un'efficace gestione del ciclo di cura organizzando la struttura per intensità di cura. Proseguirà nel 2011 l'attività dell'osservatorio per l'intensità di cura con l'obiettivo di proporre, attraverso decreto della D.G. Sanità, le indicazioni per l'implementazione dei modelli per intensità di cure/assistenza e la loro valutazione attraverso indicatori di efficienza e efficacia. È inoltre prevista la realizzazione di eventi comunicativi relativi alle progettualità concluse.

DONAZIONE E TRAPIANTO

Il sistema dei trapianti riveste per il Servizio Sanitario Regionale, sia sul versante del prelievo d'organi e tessuti che quello dei trapianti, assoluto rilievo. Le iniziative assunte da Regione Lombardia negli anni quali interventi mirati ad assicurare supporto e finanziamenti specifici all'attività di prelievo organi e alla formazione di tutti i professionisti impiegati nel processo, hanno permesso di evitare nel 2010 il rilevante calo delle segnalazioni avvenuto in tutte le altre regioni. Nel corso del 2010 la DG Sanità ha continuato gli incontri di audit con tutti i Coordinatori Locali, per esaminare gli aspetti critici identificati nelle singole realtà aziendali, e ha organizzato con IReF un corso di formazione regionale destinato a tutti gli anestesisti delle strutture ospedaliere pubbliche, come primo atto di un'estesa opera di formazione. Si conferma che le attività di prelievo rientrano a pieno titolo tra le attività istituzionali delle Aziende Ospedaliere, e si conferma l'indicazione che i Coordinatori locali del prelievo debbano ricevere da tutte le componenti dell'ospedale piena collaborazione nello svolgimento del loro compito.

Interventi e progetti

Anche nel 2011 le assegnazioni per la remunerazione delle attività di prelievo e trapianto mediante il provvedimento di finanziamento delle funzioni sanitarie sono da considerarsi a destinazione vincolata; dovranno quindi essere attestate la finalizzazione delle somme ricevute alla promozione e organizzazione delle attività di donazione e prelievo e allo svolgimento ottimale delle attività di trapianto, da parte delle A.O. e IRCCS.

Nel 2011 le aziende e gli IRCCS impegnati nell'attività di prelievo e trapianto dovranno, secondo le potenzialità aziendali, definire un budget dedicato, nell'ambito delle risorse assegnate a destinazione vincolata, e prevedere forme di incentivazione di risultato legate al miglioramento qualitativo e quantitativo dei prelievi di organi e tessuti.

Nel corso dell'anno 2011 il programma informatico per la valutazione dell'idoneità del donatore (Donor Action) installato in tutte le rianimazioni della Lombardia dovrà essere pienamente operativo rappresentando un debito informativo.

Adeguate formazione del personale sanitario coinvolto nel processo di donazione e prelievo di organi e di tessuti dovrà essere assicurata, con una programmazione triennale (2011/ 2013), sia dalle Aziende e gli IRCCS a capo delle aree di coordinamento individuate dalla Delib.G.R. 7/7987 del 2002 che dalle altre aziende ospedaliere, in collaborazione con la D.G. Sanità e IReF. Le ASL dovranno analogamente programmare corsi di formazione specifici per i MMG. La Direzione Generale Sanità procederà al monitoraggio e alla valutazione delle iniziative avviate.

A livello di ASL, dovrà essere assicurata adeguata informazione ai cittadini, mediante apposito spazio nel sito web della ASL, e formazione ai Medici di medicina generale/PLS, con la realizzazione di corsi dedicati alla medicina della donazione, da organizzarsi in collaborazione con i coordinatori locali del prelievo e responsabili del prelievo delle A.O. e IRCCS competenti per territorio e la D.G. Sanità.

Piani regionali di settore e di sviluppo progetti e ricerche - Il piano oncologico

La programmazione in campo oncologico si fonda sulla realizzazione della ROL – Rete Oncologica Lombarda. Con specifici atti sono state definite le modalità organizzative per sviluppare la ROL nell'ambito dei Dipartimenti Interaziendali Provinciali Oncologici (DIPO). La strategia regionale prevede, anche per il 2011, di favorire la progressiva adesione alla ROL da parte delle strutture di ricovero e cura accreditate con il SSR nei 22 DIPO della Lombardia, che sono la cornice di riferimento entro la quale sviluppare l'integrazione necessaria allo sviluppo della rete. Nell'ambito delle attività della Commissione Oncologica Regionale nel 2011 saranno intraprese iniziative per la proposta di un aggiornamento del Piano Oncologico Regionale.

DIPO (Dipartimenti Interaziendali Provinciali Oncologici)

Con d.d.g.s. 3124 del 29 marzo 2010 sono state sviluppate linee di indirizzo per il funzionamento dei DIPO che promuovono l'integrazione tra la programmazione del DIPO e la programmazione oncologica di competenza dell'ASL. Nel 2011 proseguiranno le iniziative previste nei documenti di analisi e indirizzo annuali e triennali dei DIPO. Particolare attenzione verrà posta all'integrazione con le risorse del volontariato e del Terzo Settore. Proseguiranno anche nel 2011 le attività per la realizzazione di Registri Tumori nelle ASL nelle quali l'implementazione del registro non è ancora completata. A tal fine, verranno finanziate le attività in corso indirizzate alla produzione di stime di incidenza e di accreditamento nazionale.

ROL (Rete Oncologica Lombarda)

Nel 2011 si prevede un supporto ai DIPO con modalità analoghe al 2010. Proseguiranno le attività per la progressiva partecipazione e adesione alla ROL dei soggetti che sulla scala regionale si occupano della patologia oncologica ed erogano servizi specifici. Partecipazione, modalità di adesione e responsabilità sono indirizzati dalle «Indicazioni operative per il funzionamento della Rete Oncologica Lombarda» approvate con decreto 7078 del 16 luglio 2010.

Si è concluso nel 2010 il Progetto ROL-2, coordinato dalla Fondazione IRCCS Istituto Nazionale Tumori di Milano, nel 2011 saranno proseguite e finanziate le attività previste in continuazione nel Progetto ROL-3 e sarà dato avvio alle nuove iniziative. In particolare la ROL sarà estesa e specializzata fornendo l'opportunità di fruire della piattaforma delle strutture sanitarie regionali aderenti in contesti di ricerca d'avanguardia. Si attueranno procedure per estendere sulle alleanze europee il Progetto ROL nelle diverse sue fasi di sviluppo.

Particolare attenzione sarà posta alla gestione globale del paziente in fase avanzata di malattia rendendo sinergiche tutte le componenti sanitarie, socio sanitarie, e sociali per rispettive e distinte matrici di responsabilità e competenze sanitarie o sociali, con attività parallela o sequenziale di processo che costituiscono l'indispensabile rete attorno al paziente oncologico

Cure Palliative e Terapia del Dolore

Le principali linee d'azione si svilupperanno nell'ottica di favorire l'attuazione della *L. 38/2010* e tenendo conto dei lavori tecnici a livello ministeriale

Verranno istituiti specifici gruppi di lavoro in materia di Cure Palliative, anche pediatriche, e Terapia del Dolore al fine di individuare proposte tecniche con particolare riferimento alle seguenti tematiche:

- Definizione di programmi regionali di Formazione in cure palliative e in terapia del dolore, rivolto ai differenti target professionali, incluso il volontariato
- Definizione di campagne di informazione sulle cure palliative e sulla terapia del dolore
- Sviluppo del «Progetto per l'Ospedale-Territorio senza dolore»
- Monitoraggio sulla rilevazione del dolore in cartella clinica ai sensi dell'*art. 7 L. 38/2010*.

La D.G. Sanità, in sinergia con la D.G. Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale per rispettive e distinte matrici di responsabilità e competenze ed in linea con le indicazioni ministeriali, favorirà azioni finalizzate a promuovere programmi formativi specifici per gli operatori attivi nella rete delle cure palliative, definendone gli obiettivi, i percorsi, le metodologie, indicatori di risultato ed i differenti targets professionali e del volontariato coinvolti.

Le ASL dovranno individuare modelli organizzativi per il coordinamento della rete, a livello provinciale, fondato su una puntuale definizione dei ruoli e delle funzioni, su una tassonomia e percorsi assistenziali condivisi. Verrà attuato il potenziamento dei rapporti operativi fra il sottosistema delle cure palliative di base, tenendo conto dell'attività dei Medici di Medicina Generale e delle equipe operanti a livello distrettuale, e quello di livello specialistico, costituito dal network delle Unità di Cure palliative e degli Hospice.

Cure Palliative Pediatriche

Nel corso del 2011, in coerenza a quanto previsto per il 2010, si definirà un modello sperimentale di ospedalizzazione domiciliare di Cure palliative pediatriche e si proseguirà con specifici percorsi formativi a livello regionale.

Ospedalizzazione Domiciliare Cure Palliative oncologiche (ODCP)

Il servizio sperimentale di «Ospedalizzazione Domiciliare Cure Palliative oncologiche», si veda nella sezione Nuove Reti Sanitarie, viene attuato da 32 Strutture, con circa il 70% di decessi dei malati a domicilio e con il 17% dei pazienti con dimissione in un hospice, ovvero in Unità ospedaliere di Cure Palliative. Ciò significa che quasi il 90% dei pazienti presi in carico in questo servizio termina il proprio percorso all'interno della rete delle cure palliative regionali, ricevendone le cure fino al decesso. Più del 50% dei percorsi mostra un tempo di presa in carico compreso tra 4 e 30 giorni e il servizio risulta essere molto apprezzato dagli utilizzatori. Le strutture eroganti l'ODCP sono presenti in 11 delle 15 ASL lombarde. Nell'ambito delle Nuove Reti Sanitarie la Delib.G.R. n. 8/11399 del 10 febbraio 2010 ha stabilito la prosecuzione del percorso di «Ospedalizzazione Domiciliare Cure Palliative oncologiche», individuando specifiche risorse.

Il piano cardio cerebro vascolare

La programmazione in campo cardiocerebrovascolare è indirizzata dal Piano Cardio Cerebro Vascolare, approvato con Delib.G.R. n. 7/10592 del 14 febbraio 2005 e finalizzata al raggiungimento dei seguenti obiettivi: promozione del ruolo attivo del cittadino nella prevenzione, creazione di una rete integrata di servizi, promozione di qualità e appropriatezza, e promozione della ricerca. Nell'ambito delle attività della Commissione Cardiocerebrovascolare Regionale nel 2011 saranno intraprese iniziative per la proposta di un aggiornamento del Piano.

Area del controllo sui soggetti ad alto rischio

Il sottogruppo Prevenzione Cardiocerebrovascolare, ha elaborato una proposta di linee di indirizzo relativa alla valutazione del rischio CCV, ha definito gli interventi preventivi, gli interventi e le modalità realizzative a livello di comunità, gli interventi e le modalità realizzative a livello individuale nella pratica clinica. Un valore fondamentale ed imprescindibile è rappresentato da percorsi formativi rivolti a specialisti e MMG ritenuti elementi chiave a garanzia della appropriatezza ed efficacia degli interventi. La formalizzazione del documento nel 2011 sarà di specifico indirizzo.

Area critica

La Direzione Generale Sanità con *D. Dirett. reg. n. 10446 del 15 ottobre 2009* a oggetto «Determinazioni in merito alla «Rete per il trattamento dei pazienti con infarto miocardico con tratto ST elevato (STEMI)» ha indicato le linee operative per la costituzione di una rete regionale per il trattamento dell'Infarto miocardico acuto. La prima fase di raccolta dati attuata nel corso del 2010 ha consentito di apportare opportuni correttivi migliorativi al sistema. Nel corso del 2011 le attività saranno indirizzate alla stesura da parte di AREU di protocolli locali integrati dalle attività degli specialisti e a ottimizzare le attività nei confronti dei pazienti con STEMI. Particolare attenzione sarà posta all'estensione progressiva del Registro Regionale STEMI, in collaborazione con Lombardia Informatica, e alla valutazione dei dati dei pazienti con STEMI dimessi inseriti nel Registro Regionale.

La Lombardia può essere a ragione considerata un'area pilota sia per la definizione dei criteri di riconoscimento delle strutture dedicate all'ictus cerebrale (Stroke Unit o Unità di Cura Cerebrovascolari), sia per la realizzazione di una rete nella quale tutte le SU/UCV individuate condividono un database dotato di tutti gli elementi conoscitivi dei vari processi di cura erogati e quindi degli effetti da essi prodotti in termini di salute e prevenzione delle sequele dell'ictus. Il decreto della Direzione Generale Sanità n. 10068 del 18 settembre 2008 ha come oggetto le «Determinazioni in merito all'organizzazione in rete e criteri di riconoscimento delle Unità di Cura Cerebrovascolari (UCV-Stro-ke Unit)» e nel documento vengono previsti tre livelli di UCV (Stroke Unit), dei quali soltanto il II e il III «autorizzati» alla somministrazione della terapia trombolitica. In tal senso appare opportuno estendere il concetto di attività della SU anche verso la gestione più ampia delle emergenze neurologiche.

Nel corso del 2011 le attività saranno indirizzate alla stesura, in accordo con ACEU/AREU, di protocolli locali integrati. Particolare attenzione sarà posta all'estensione progressiva del Registro Regionale Stroke, in collaborazione con Lombardia Informatica, e alla valutazione dei dati dei pazienti con Stroke dimessi e inseriti nel Registro Regionale.

Particolare attenzione sarà volta agli spetti formativi del personale non medico.

Area riabilitazione

Nel 2010 è stato formalizzato un documento del sottogruppo Riabilitazione relativo a «Indicazioni in merito alla presa in carico ed alla gestione riabilitativa del paziente con ictus cerebrale». Il documento declina l'ottimale assetto organizzativo e gestionale del paziente con ictus presso le Unità Operative di Riabilitazione Specialistica, le Unità Operative di Riabilitazione Generale Geriatrica, e a livello territoriale. Nel corso del 2011 le attività saranno indirizzate alla attuazione presso le strutture coinvolte per rispettive e distinte matrici di responsabilità e competenze sanitarie.

Piano sangue regionale

L'attenta programmazione finalizzata al mantenimento e perseguimento dell'autosufficienza di sangue, emocomponenti ed emoderivati, attraverso il lavoro in sinergia di tutti gli operatori direttamente coinvolti nel processo donazione/trasfusione - istituzioni, operatori sanitari, associazioni di volontariato- sta garantendo alla nostra Regione piena autonomia a supporto delle attività delle strutture sanitarie.

In linea con quanto già chiaramente indicato nella *L.R. n. 5/2005* (c.d. «V piano sangue») e nella *legge 219/05*, la messa in atto delle indicazioni contenute nei decreti legislativi 261/07, 207/07 e 208/07, in tema di prescrizioni per la rintracciabilità e la notifica di effetti indesiderati ed incidenti gravi e di norme e di specifiche relative ad un sistema di qualità per le strutture trasfusionali coinvolte nel processo donazione-trasfusione ed in tema di qualità e di sicurezza per la raccolta, il controllo, la lavorazione, la conservazione e la distribuzione del sangue umano e dei suoi componenti, permetterà di garantire nelle strutture trasfusionali un elevato livello di qualità e sicurezza.

Le circostanze dello scorso periodo estivo, che hanno visto impegnate le regioni Lombardia, Veneto ed Emilia Romagna nel fronteggiare l'emergenza West Nile Virus, impongono una attenta valutazione delle iniziative da mettere in campo nel 2011 per fronteggiare emergenze legate alla trasmissione di malattie da virus emergenti. In funzione dell'evoluzione del quadro epidemiologico di tali infezioni, in stretta sinergia con i diversi soggetti istituzionali interessati (Assessorato Sanità e struttura di coordinamento, Centro Nazionale Sangue), per quanto di competenza, saranno

adottate specifiche iniziative anche al fine di garantire riserve strategiche di sangue ed emocomponenti a supporto della attività sanitarie ospedaliere.

Per quanto riguarda le assegnazioni per la remunerazione delle attività connesse alla sicurezza con metodica NAT e connesse all'attività di produzione del sangue e degli emocomponenti, sia le assegnazioni per la remunerazione delle attività connesse alla conservazione di cellule staminali cordonali e alla ricerca e conservazione del sangue raro attraverso le banche autorizzate sono da considerarsi a destinazione vincolata. Le eventuali ulteriori risorse, indispensabili per l'adozione di interventi urgenti, saranno definite in base alle reali necessità emergenti.

Programmi di sviluppo di settore - Gruppi di approfondimento su tematiche specifiche

- **Diabete:** nel corso del 2010 il GAT ha elaborato una proposta di linee di indirizzo per un Piano integrato Territorio - Ospedale per la prevenzione e gestione della patologia diabetica in Regione Lombardia. Particolare attenzione è posta agli aspetti relativi a consolidare la «Gestione Integrata» dei pazienti affetti da malattie del metabolismo tra gli operatori della Primary Care e la rete dei Servizi Specialistici di Diabetologia e Malattie del Metabolismo, realizzando un processo diagnostico e terapeutico (PDT) condiviso, valorizzare e realizzare effettivamente l'educazione «terapeutica» - finalizzata alla corretta gestione della terapia e del percorso assistenziale - con ricadute in termini di efficienza ed efficacia grazie al forte coinvolgimento dei pazienti e delle associazioni, consolidare le Strutture Diabetologiche e coinvolgere nel «Sistema Integrato» le Strutture Specialistiche proprie della Secondary Care, per la definizione di PDT riguardante il ricovero ospedaliero, aumentare il coinvolgimento dei MAP e dei PdF nella gestione diretta dei pazienti con diabete attraverso un'adeguata organizzazione, la comunicazione e l'integrazione con le Strutture Diabetologiche e l'applicazione dei PDT, ed estendere lo screening del diabete gestazionale, come mezzo di prevenzione secondaria (ed in alcuni casi addirittura primaria) del DMT2. La formalizzazione del documento nel 2011 sarà di indirizzo per le strutture di ricovero. Proseguirà inoltre la raccolta ed analisi degli indicatori del trattamento della patologia diabetica presso le ASL.

- **Pronto soccorso:** Regione Lombardia programma, pianifica ed attua soluzioni integrate, che mirino da una parte a consolidare risultati già raggiunti, dall'altra a realizzare nuovi e innovativi modelli di accoglienza dell'utente e di gestione di risorse umane, organizzative e tecnologiche del SSR. Nel corso del 2010 il GAT ha elaborato una proposta di linee di indirizzo regionale per la gestione del paziente in PS, la accoglienza e i processi di good-practice. Un valore fondamentale ed imprescindibile è rappresentato da percorsi formativi rivolti a tutti gli attori della rete d'emergenza-urgenza, con particolare attenzione al momento del Triage, ritenuto elemento chiave a garanzia della appropriatezza ed efficacia degli interventi. La formalizzazione del documento nel 2011 sarà di indirizzo per le strutture di ricovero.

- **Sepsi:** nel corso del 2010 è stato elaborato il documento tecnico di indirizzo per la costituzione del Gruppo di Monitoraggio intraospedaliero dei pazienti con sepsi. Nel 2011 il documento verrà formalizzato e verranno attivati, in collaborazione con IREF, percorsi formativi specifici per le figure di riferimento all'interno delle strutture sanitarie.

- **Nutrizione Artificiale Domiciliare (NAD):** nel corso del 2010 il Gruppo di Approfondimento Tecnico (GAT) ha elaborato una proposta di linee di indirizzo regionale per la gestione del paziente in NAD, formulato indicazioni per la classificazione delle strutture che trattano la patologia, e approfondito i diversi modelli di gestione utilizzati a livello regionale quali la gestione diretta, il service esterno e la convenzione con l'erogatore. La formalizzazione del documento nel 2011 sarà di

indirizzo per le strutture ospedaliere e le ASL a garanzia dell'appropriatezza dell'erogazione e a supporto del malato e del suo care-giver.

- **Medicina Interna:** la moderna evoluzione delle cure ospedaliere riconosce l'ospedale come parte di un sistema integrato di servizi che creano un continuum di cure sanitarie con al centro il paziente e i suoi bisogni sanitari. La strutturazione nosologica tradizionale sta evolvendo verso una organizzazione per livelli a diversa intensità e tipologia di cure. Il GAT ha promosso in regione uno studio multicentrico in area medica - con il coinvolgimento di 8 Strutture di ricovero - con l'obiettivo di conoscere il livello di intensità di cure e il livello di complessità clinica indagata in termini di criticità e gravità, richiesti dai pazienti ricoverati e di conoscere la possibile congruità tra la valutazione infermieristica nell'intensità di cure e la valutazione medica della complessità clinica. La formalizzazione di un documento tecnico nel 2011 sarà di indirizzo per le strutture ospedaliere regionali

- **Terapia Antitrombotica Orale (TAO):** attraverso le attività del GAT la regione promuove nel 2011 processi diagnostico-co-terapeutici per i pazienti affetti da patologie croniche in trattamento con terapia anticoagulante. Tali percorsi, basati su consolidate evidenze scientifiche, saranno orientati in modo da garantire la qualità, l'appropriatezza, l'equità, l'efficacia e l'efficienza delle prestazioni erogate, nonché la sicurezza dei pazienti.

- **HPH Rete HPH (Health Promoting Hospital):** la rete lombarda HPH fa parte di un progetto internazionale che si è sviluppato negli anni coinvolgendo un numero sempre maggiore di strutture sanitarie e sociosanitarie di diverse regioni, italiane e internazionali, favorendo nuove conoscenze e alleanze e contribuendo ad uno scambio di esperienze e a migliorare la qualità dei progetti. Nel 2010 è scaduto il programma triennale, previsto dalla Delib.G.R. n. 8/6640 del 20 febbraio 2008, durante il quale la rete lombarda HPH ha coinvolto le Aziende Sanitarie Locali nella propria attività di promozione della salute, in aggiunta alle strutture ospedaliere e sociosanitarie. In tale periodo si è potuto registrare un miglioramento dei rapporti tra operatori delle diverse strutture finalizzati alla realizzazione di progetti integrati ospedale-territorio. Nel 2011 pertanto, proseguirà l'attuazione del progetto «Rete HPH» con la realizzazione - da parte delle strutture sanitarie - dei progetti approvati nel 2010 e con la programmazione di un nuovo programma triennale teso a sostenere e a rafforzare questa politica tramite: percorsi formativi, la individuazione di aree prioritarie su cui avviare progetti sinergici per rispettive e distinte matrici di responsabilità e competenze sanitarie, oltre alla definizione delle modalità di rinnovo dell'Accordo tra la rete lombarda e la rete internazionale per il prossimo quadriennio

- **Medicina Complementare:** nella logica dell'attenzione al cittadino nel 2011 proseguirà lo sviluppo dei sistemi di garanzia per un utilizzo consapevole della medicina complementare mediante la prosecuzione della collaborazione con l'OMS, la promozione di studi sperimentali con lo scopo di valutarne l'efficacia e il miglioramento dell'offerta formativa nel settore, in collaborazione con le università Regionali. Nel 2011 verrà predisposto un bando per l'avvio di studi multicentrici sia osservazionali che clinici relativo alle medicine complementari da realizzare in strutture sanitarie sulla base di criteri che prevedano anche la rilevazione di qualità-costo-beneficio e su patologie croniche e/o a forte impatto epidemiologico che verranno individuati dalla DG Sanità con il supporto di un apposito Comitato Tecnico Scientifico formato da esperti.

Telemedicina

L'utilizzo di tecnologie biomedicali e dell'informazione (ICT) in ambito sanitario rappresenta un strumento per migliorare la qualità e l'accesso ai servizi offerti ai cittadini e consente di supportare gli operatori sanitari sia sul versante della conoscenza sia nell'attività di diagnosi e continuità di

cura, contribuendo a razionalizzare l'uso delle risorse. Le aree di applicazione della Telemedicina sono molteplici, così come i possibili scenari di utilizzo: servizi di «second opinion» - richiesta di avere l'opinione di uno specialista su un determinato caso clinico - servizi di telemedicina online quali, telediagnosi e teleconsulto, comunicazione sincrona/asincrona di immagini e segnali tra operatori sanitari e pazienti o tra soli operatori, trasmissione, riproduzione e refertazione di segnali provenienti da apparecchiature diagnostiche, applicati tra strutture sanitarie o da strutture sanitarie a singoli operatori sanitari sul territorio. Regione Lombardia ha investito in questi anni molte risorse per lo sviluppo di progettualità innovative le cui risultanze stanno superando la fase di sperimentazione per giungere ad una implementazione a livello di sistema. Nel 2011 attraverso le attività del GAT verranno individuate tipologie di pazienti e relative patologie, potenzialmente in grado di beneficiare di un nuovo assetto organizzativo e di un modello economicamente e funzionalmente idoneo a garantire tutte le fasi delle cure per l'ospedalizzazione domiciliare. A ciò seguirà l'avvio di sperimentazioni che coinvolgimento aziende sanitarie pubbliche, preventivamente selezionate, dotate delle tecnologie di teletrasmissione dei parametri clinici più avanzate ed innovative, anche in sinergia operativa con l'industria per lo sviluppo tecnologico sanitario.

Nuove Reti Sanitarie.

Per l'anno 2011 è prorogata l'autorizzazione in atto a tutte le Strutture che partecipano a Nuove Reti Sanitarie con i servizi sperimentali di seguito indicati, confermando per ciascuna di esse anche per il 2011, il tetto di pazienti previsto per l'anno 2010 e proseguendo le analisi di qualità e risultato semestralmente effettuate e discusse con i clinici:

- Percorsi di Telesorveglianza Domiciliare Sanitaria a diversa intensità di cura per pazienti cronici:
 - «Telesorveglianza domiciliare sanitaria per pazienti con scompenso cardiaco cronico medio grave - PTS» - 36 Strutture coinvolte con un tetto di 1105 pazienti, comprendendo anche le strutture autorizzate con Delib.G.R. 9/409 del 5 agosto 2010.
 - «Telesorveglianza domiciliare sanitaria per pazienti con BPCO grave e molto grave - PTP» - 7 Strutture già coinvolte a cui si aggiungeranno quelle che verranno autorizzate a seguito della Delib.G.R. 9/409 del 5 agosto 2010 «Attivazione di un modello di telesorveglianza domiciliare per pazienti con broncopneumopatia cronica ostruttiva nell'ambito delle nuove reti sanitarie e di servizi di teleconsulto specialistici in aree disagiate e montane»
- Percorsi di Ospedalizzazione Domiciliare per precise tipologie di pazienti:
 - «Ospedalizzazione Domiciliare riabilitativa post cardiocirurgica - POD» - 6 Strutture coinvolte con un tetto di 305 pazienti;
 - «Ospedalizzazione Domiciliare Cure Palliative oncologiche - ODCP», 32 Strutture coinvolte con un tetto di 5.661 pazienti;

Si conferma inoltre la prosecuzione del percorso per il 2011, indicato nella Delib.G.R. n. 9/409 del 5 agosto 2010, di «Teleconsulto specialistico al Medico di Medicina Generale», per le specialità di cardiologia, dermatologia, diabetologia e pneumologia su 7 ASL (Bergamo, Brescia, Como, Lecco, di Pavia, Varese e Vallecambria-Sebino) che attuano tale servizio nei loro distretti più delocalizzati e montani, con un tetto per il 2011 di 5.000 Teleconsulti, nell'ambito di Nuove reti Sanitarie.

Analogamente, nel corso del 2011, in prosecuzione del progetto di ricerca ministeriale EVOLVO - Evoluzione Tecnologica e Valutazione Organizzativa dei Modelli di Cura per la Prevenzione delle Instabilizzazioni dello Scompenso Cardiaco in pazienti portatori di defibrillatori impiantabili -, verrà attivato un servizio sperimentale di controllo remoto dei device impiantati, con visite di follow up supportate dalla telemedicina, con metodologia e criteri in atto in Nuove Reti Sanitarie

Disabilità

Le persone affette da grave disabilità intellettiva e neuromotoria hanno grande difficoltà ad accedere a percorsi di diagnosi e cura in ospedale. L'attuale organizzazione dei percorsi sanitari intraospedalieri non è adeguata a dare risposte efficaci e tempestive ad una categoria fragile di persone, che presentano caratteristiche personali, di morbidità, di gestione e di accoglienza del tutto peculiari, che si inseriscono con difficoltà nell'organizzazione troppo rigida e molto standardizzata della nostra realtà sanitaria.

Valorizzando le esperienze già presenti in Regione Lombardia – Progetti DAMA dell'A.O. San Paolo in Milano e Progetto Delfino presso l'AO C. Poma in Mantova – nel 2011 saranno intraprese iniziative e percorsi formativi a supporto dell'accoglienza e della gestione del paziente disabile nelle strutture di diagnosi e cura regionali.

Formazione

Al fine di contribuire a colmare l'eventuale divario sul territorio tra fabbisogni annui di medici specialistici e corrispondenti assegnazioni di contratti da parte del Ministero dell'Università e della Ricerca, qualora ne ricorrano i presupposti giuridici, le relative autorizzazioni e vi sia la necessaria copertura finanziaria, possono essere deliberati da parte di Regione Lombardia ulteriori contratti di formazione specialistica.

La ricerca

Per l'anno 2011, con finanziamenti regionali pari a Euro 7.000.000, verranno promossi progetti indipendenti di ricerca, sperimentazione e prototipizzazione per innovazione di prodotti e processi in ambito sanitario e di simulazione di iniziative progettuali e di formazione, proposti dalle Aziende Ospedaliere, dall'AREU e dagli IRCCS pubblici e privati accreditati della Regione Lombardia.

Con provvedimento del Direttore Generale Sanità verrà costituito un apposito gruppo di lavoro, a cui parteciperanno rappresentanti della Commissione Oncologica e Cardiovascolare, che stabilirà obiettivi, criteri, modalità, finanziamento e soggetti beneficiari.

Con una quota dei fondi previsti potranno essere altresì finanziati progetti per il Piano Sangue.

Attività di comunicazione

Regione Lombardia – D.G. Sanità in coordinamento con la D.G. Presidenza – si conferma il centro di un sistema in cui tutti i soggetti pubblici, privati concorrono alla definizione ed elaborazione dei processi di comunicazione sui servizi offerti al cittadino, sulle azioni di prevenzione e sui corretti stili di vita.

Anche per l'anno 2011 Regione Lombardia, ASL, A.O. e IRCCS pubblici collaboreranno nelle attività di progettazione e realizzazione di prodotti e iniziative di comunicazione, oltre che nel completamento del processo di visualizzazione dell'immagine complessiva del sistema sanitario e

sociale della Lombardia, al fine di raggiungere il pieno riconoscimento, da parte del cittadino, dell'identità unitaria del SSR, anche attraverso i marchi di sistema apposti su punti di accesso, siti internet e materiali informativi di ogni struttura.

Particolare attenzione sarà dedicata alla formazione in tema di comunicazione interna ed esterna, in risposta ai bisogni rilevati dagli operatori della comunicazione degli enti del SSR.

Regione Lombardia, inoltre, implementerà e aggiornerà costantemente, con il contributo degli enti, i propri strumenti informativi rivolti al cittadino e agli operatori.

Formazione specialistica

Al fine di contribuire a colmare l'eventuale divario sul territorio tra fabbisogni annui di medici specialistici e corrispondenti assegnazioni di contratti da parte del Ministero dell'Università e della Ricerca, qualora ne ricorrano i presupposti giuridici, le relative autorizzazioni e vi sia la necessaria copertura finanziaria, Regione Lombardia, può assegnare con provvedimento attuativo ulteriori contratti di formazione specialistica, previo confronto con le Università lombarde per un importo fino a 5.000.000,00 di euro.

Edilizia sanitaria

Scelte strategiche, varianti progettuali in corso d'opera e ribassi d'asta nei progetti di Edilizia Sanitaria

Si ribadisce che, in continuità con l'anno 2010, le scelte strategiche delle A.O. e ASL che impegnano il sistema a lungo termine e/o che hanno valenza trasversale sui punti di erogazione (ad esempio costruzione o variazioni significative di lay-out dei nuovi ospedali, ristrutturazioni significative di strutture ospedaliere esistenti, di servizi interaziendali, A.R.E.U. e sistemi informatici) devono essere preventivamente validate dall'Assessorato alla Sanità, nel rispetto della programmazione di sistema, e dalla Direzione Centrale Programmazione Integrata della Presidenza, in ordine agli impatti finanziari, indipendentemente dagli adempimenti procedurali connessi all'approvazione dei progetti e all'ammissione al finanziamento, nell'ottica di un governo delle decisioni strutturali che interessano il sistema sanitario lombardo.

A tal fine si richiama il disposto della *legge regionale n. 17 del 18 giugno 2008* con particolare riferimento all'art. 1 comma 5.

Premesso che la *legge regionale 27 febbraio 2007, n. 5* all'art. 1, comma 12 stabilisce che la validazione e l'approvazione dei progetti e delle perizie di variante in corso d'opera sono nelle attribuzioni e nella piena responsabilità del Responsabile Unico del Procedimento dell'ente Appaltante e la Delib.G.R. n. 8/6268 del 21 dicembre 2007 ne dà piena attuazione, per quanto riguarda le varianti progettuali in corso d'opera relative ai progetti di edilizia sanitaria che usufruiscono di un finanziamento pubblico di qualsiasi importo, con l'esclusione degli interventi cosiddetti migliorativi nel limite del 5% dell'importo contrattuale, l'iter procedurale è il seguente:

i soggetti interessati (Aziende Sanitarie, Fondazioni IRCCS di diritto pubblico, Società Regionale Infrastrutture Lombarde S.p.A.), prima di procedere agli adempimenti connessi all'approvazione delle perizie di variante in corso d'opera, devono presentare alla Direzione Generale Sanità e alla Direzione Centrale Programmazione Integrata della Presidenza apposita istanza per la validazione della/e variante/i in corso d'opera, che può costituire anche richiesta contestuale di autorizzazione preventiva all'utilizzo di economie derivanti da ribassi d'asta e/o dalle eventuali minori spese

sostenute, corredata da una relazione illustrativa generale sintetica, a firma del Responsabile Unico del Procedimento e del Direttore Generale, che inquadri la proposta di variante evidenziando i seguenti elementi:

- inquadramento finanziario del progetto originario (legge di riferimento, provvedimento di assegnazione del contributo, importo del finanziamento regionale/statale, provvedimento di approvazione del progetto originario, eventuale decreto ministeriale di ammissione al finanziamento);
- le modifiche proposte rispetto al progetto originario approvato, l'eventuale variazione del piano economico gestionale dell'opera (anche con riferimento al piano delle risorse umane), e l'eventuale modifica del piano delle dotazioni strumentali;
- il quadro tecnico economico comparativo di confronto, con indicati gli importi a base d'asta, gli importi aggiudicati, gli importi di perizia e gli importi assestati;
- il costo dell'intervento di variante proposto, con indicata la relativa copertura finanziaria (economie da ribasso d'asta, finanziamento suppletivo, autofinanziamento);
- i tempi di realizzazione;
- gli aspetti sanitari;
- la coerenza con la programmazione sanitaria regionale e con le regole di sistema. Gli interventi cosiddetti migliorativi nel limite del 5% dell'importo contrattuale, di competenza esclusiva del Responsabile del Procedimento che li approva secondo la disciplina vigente in materia, non sono soggetti né ad autorizzazione preventiva all'utilizzo di economie derivanti da ribassi d'asta e/o dalle eventuali minori spese sostenute né a validazione preventiva. Sarà cura del Responsabile del Procedimento aggiornare il quadro tecnico economico e comunicarlo alla D.G. Sanità ai fini delle successive liquidazioni nonché garantire il mantenimento dei requisiti minimi di cui al *D.P.R. 14 gennaio 1997* e *Delib.G.R. n. 6/38133 del 1998*. Il Responsabile del Procedimento si assume la responsabilità del mantenimento dell'equilibrio finanziario dell'opera così come previsto al momento del finanziamento. La Direzione Generale Sanità e la Direzione Centrale Programmazione Integrata della Presidenza valuteranno la relazione illustrativa generale di cui sopra al fine di verificare il raggiungimento e la coerenza degli obiettivi di programmazione e più in generale della sostenibilità economica e finanziaria di sistema, e comunicheranno ai soggetti interessati l'esito della valutazione.

Per le varianti progettuali in corso d'opera, fermo restando il rispetto della normativa vigente in materia e premesso che la verifica dei presupposti di ammissibilità secondo le disposizioni legislative vigenti compete al Responsabile del Procedimento dell'ente Appaltante, si rammentano gli indirizzi contenuti nelle Circolari della Direzione Generale Sanità emanate in data 24 febbraio 2003, avente ad oggetto: «Varianti progettuali in corso d'opera ex *art. 25 legge 109/1994* e rispetto dei tempi di realizzazione delle opere di edilizia sanitaria» e in data 12 dicembre 2005, avente ad oggetto: «Varianti progettuali in corso d'opera introdotte unilateralmente dall'appaltatore. Precisazioni».

Nell'attuazione degli interventi le Stazioni Appaltanti sono tenute al rigoroso rispetto dei costi all'interno del quadro economico di spesa contenuto nel decreto di approvazione del progetto da parte della D.G. Sanità e dei tempi di realizzazione dell'opera (cronogramma lavori). La Regione esclude contributi per eventuali costi aggiuntivi. Per le opere di edilizia sanitaria definite di

interesse regionale (nuovi ospedali, riconversioni e ristrutturazioni significative) che stabiliscono specifiche determinazioni interessanti le società strumentali regionali, la Direzione Generale Sanità e le Direzioni Regionali competenti sono titolari in via esclusiva degli indirizzi operativi e gestionali.

Per quanto attiene alla procedura relativa all'utilizzo delle economie derivanti da ribassi d'asta e/o dalle eventuali minori spese sostenute per gli interventi di edilizia sanitaria finanziati con fondi statali e/o regionali, l'iter è il seguente:

– qualora la Stazione Appaltante per la realizzazione dell'intervento sia l'Azienda Sanitaria, la stessa dovrà dare comunicazione all'Assessorato alla Sanità dell'entità economica dell'eventuale ribasso d'asta conseguito in sede di gara, e successivamente potrà richiedere all'Assessorato preventivo assenso per l'utilizzo di parte o del totale di tale economia, nonché delle eventuali minori spese sostenute, tramite istanza motivata del Direttore Generale, sulla base della Relazione istruttoria del Responsabile Unico del Procedimento. Tale istanza potrà contenere la richiesta contestuale di validazione preventiva di varianti in corso d'opera secondo le modalità sopra riferite, nel qual caso dovrà essere trasmessa anche alla Direzione Centrale Programmazione Integrata della Presidenza. Nel caso di richiesta di utilizzo di economie l'Assessorato risponderà dell'esito dell'istanza con nota formale. Nel caso di richiesta contestuale di validazione preventiva di varianti in corso d'opera la Direzione Generale Sanità e la Direzione Centrale Programmazione Integrata della Presidenza comunicheranno ai soggetti interessati l'esito della valutazione.

– qualora la Stazione Appaltante per la realizzazione dell'intervento sia invece la Società Regionale Infrastrutture Lombarde S.p.A., la stessa dovrà dare comunicazione all'Azienda Sanitaria interessata dall'intervento e all'Assessorato alla Sanità dell'entità economica dell'eventuale ribasso d'asta conseguito in sede di gara e successivamente potrà richiedere all'Assessorato preventivo assenso per l'utilizzo di parte o del totale di tale economia, nonché delle eventuali minori spese sostenute, tramite istanza motivata del Direttore Generale, sulla base della Relazione istruttoria del Responsabile Unico del Procedimento. La Società Regionale Infrastrutture Lombarde S.p.A. dovrà trasmettere l'istanza anche all'Azienda Sanitaria interessata dall'intervento per opportuna informativa; l'Azienda provvederà a trasmettere le proprie osservazioni alla D.G. Sanità e alla Direzione della Società Regionale Infrastrutture Lombarde S.p.A. entro e non oltre 10 giorni dalla ricezione dell'istanza stessa, dopodiché l'istanza si intenderà condivisa dall'Azienda. Tale istanza potrà contenere la richiesta contestuale di validazione preventiva di varianti in corso d'opera secondo le modalità sopra riferite, nel qual caso dovrà essere trasmessa anche alla Direzione Centrale Programmazione Integrata della Presidenza. Nel caso di richiesta di utilizzo di economie l'Assessorato risponderà dell'esito dell'istanza con nota formale indirizzata alla Società Regionale Infrastrutture Lombarde S.p.A. e per conoscenza all'Azienda Sanitaria interessata dall'intervento. Nel caso di richiesta contestuale di validazione preventiva di varianti in corso d'opera la Direzione Generale Sanità e la Direzione Centrale Programmazione Integrata della Presidenza comunicheranno ai soggetti interessati l'esito della valutazione.

L'utilizzo delle economie risultanti dai ribassi d'asta, e/o dalle eventuali minori spese sostenute, alla conclusione dei lavori o durante l'esecuzione degli stessi, ove ricorrano motivate esigenze, previo assenso dell'Assessorato, è consentito:

– per lavori o acquisizioni (arredi, attrezzature o apparecchiature) integrativi o aggiuntivi o complementari, strettamente pertinenti e collegati al progetto originario;

– per la realizzazione di un nuovo intervento. Nel caso di interventi inseriti in Accordi di Programma Quadro, l'utilizzo delle economie avviene previa autorizzazione del Ministero della

Salute e dell'Assessorato alla Sanità quando tali risorse «liberate» dal progetto originario si configurano come risorse «residue» del Programma di investimenti. Nel caso di interventi non inseriti in Accordi di Programma Quadro, l'utilizzo delle economie avviene previa autorizzazione dell'Assessorato alla Sanità. In entrambi i casi il procedimento dà luogo ad un altro intervento. Per una descrizione più dettagliata delle possibilità d'intervento per l'utilizzo dei ribassi d'asta derivanti da finanziamenti statali e/o regionali si rimanda alle disposizioni contenute nelle Linee Guida emanate con d.d.g. Sanità n. 655/2002 e s.m.i.

Nel caso di realizzazione di opere di edilizia sanitaria attraverso Project Finance e/o concessione di costruzione e gestione (ex art. 143 e ex art. 153 del Codice dei Contratti Pubblici) e qualora la Stazione Appaltante, ove ricorrano motivate esigenze, nel pieno rispetto della normativa vigente, al fine di assicurare il perseguimento economico-finanziario degli investimenti del concessionario, intenda apportare variazioni ai presupposti o condizioni di base del Contratto di concessione che comportino modifiche dei canoni e/o proroghe del termine di scadenza della concessione stessa, deve essere data preventiva comunicazione all'Assessorato alla Sanità (Servizio Economico-Finanziario e Edilizia Sanitaria) e alla Direzione Centrale Programmazione Integrata della Presidenza al fine di ottenere la validazione.

Si ricorda che nel caso in cui le variazioni apportate o le nuove condizioni introdotte risultino più favorevoli delle precedenti per il Concessionario, la revisione del piano dovrà essere effettuata a favore del Concedente.

Si ricorda che, secondo le linee guida dell'Unità Tecnica Finanza di Progetto (UTFP), il rischio che la realizzazione dell'opera non avvenga nei tempi, nei costi e con le specifiche concordate, rientra nei rischi del Concessionario.

Resta nella piena responsabilità dell'ente Appaltante il rispetto della normativa vigente in materia di OO.PP., il rispetto delle prescrizioni normative di settore tecniche ed amministrative, comunque applicabili ai progetti, e il mantenimento dei requisiti minimi di cui al *D.P.R. 14 gennaio 1997* e *Delib.G.R. n. 6/38133 del 1998*.

Patrimonio Culturale

Considerato che gli Enti pubblici sono responsabili per legge – art. 733 del Codice Penale– non solo di evitare la dispersione e il danneggiamento del patrimonio culturale, ma di prendersene attivamente cura, l'amministrazione regionale ha attivato un programma di azione a sostegno della responsabile gestione del patrimonio storico-artistico e scientifico tecnologico degli Enti Sanitari del Sistema Regionale svolta con la Direzione Centrale Organizzazione, Personale, Patrimonio e Sistema Informativo e con la Direzione Generale Cultura, che prevede le attività di inventariazione, studio e catalogazione, sicurezza, buona conservazione e valorizzazione del patrimonio con compartecipazione delle Aziende al finanziamento che verrà determinato con decreto attuativo.

In merito all'applicazione della *legge 29 luglio 1949 n. 717* riguardante il 2% del valore delle opere pubbliche da destinare a beni artistici e alle *Delib.G.R. n. 8/8852 del 2008* e *Delib.G.R. n. 8/10167 del 2009* in riferimento alle procedure operative per la realizzazione e la valorizzazione delle opere d'arte negli edifici pubblici, è atteso che le Stazioni Appaltanti applichino tale normativa esclusivamente nella costruzione di nuovi edifici pubblici.

(7) Ad integrazione della presente deliberazione vedi la *Delib.G.R. 30 marzo 2011, n. 9/1479* e la *Delib.G.R. 28 luglio 2011, n. 9/2057*.

(8) Vedi, anche, il *D. Dirig. reg. 4 maggio 2011, n. 3973*.

Allegato 5 **Le attività di prevenzione mediche e veterinarie delle ASL ⁽⁹⁾**

Nel presente allegato si fa riferimento alle attività volte alla prevenzione ed alla promozione della salute individuale e collettiva svolte dalle ASL, anche con il concorso di Istituzioni ed Associazioni esterne, in un'ottica di approccio integrato nonché alle attività volte alla tutela del patrimonio zootecnico e delle produzioni agro alimentari regionali.

Le azioni discendono in una logica di sistema dal Programma Regionale di Sviluppo, e dai contenuti del PSSR, garantendo coerenza con gli obiettivi del Piano Regionale della Prevenzione in fase di elaborazione secondo modalità e tempi definiti da Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012.

Si sottolinea che la programmazione e declinazione delle azioni in interventi, iniziative, attività deve avvenire da parte delle ASL utilizzando la metodologia avviata negli anni precedenti, quindi:

- attraverso i Piani Integrati di prevenzione e controllo negli ambienti di vita e di lavoro e Piani integrati per gli interventi di promozione della salute,
- attraverso Piani Integrati di prevenzione e controllo dei Dipartimenti di Prevenzione Veterinari,
- adottando una modalità di programmazione delle attività il più trasversale e unitaria possibile nelle metodologie e nei criteri di individuazione delle priorità,
- con una visione delle attività sempre più orientata a criteri di efficacia. Le attività di cui sopra riconducibili all'area della Prevenzione Medica e Veterinaria saranno parte integrante del Documento di Programmazione aziendale.

Si conferma che il vincolo ad utilizzare per tutte le attività di prevenzione il 5,5% delle risorse, comprensivo anche delle attività di cui si parla nel presente allegato, costituisce il minimo che deve essere garantito e documentato, attraverso i flussi informativi in atto (FluPer, Controllo di gestione). Le attività da svolgere riguardano i seguenti ambiti:

- a. sorveglianza ed analisi epidemiologica, comprendente i sistemi di rilevazione e di elaborazione utilizzati, le prestazioni sanitarie erogate e la loro analisi;
- b. promozione della salute, con particolare riguardo a corretti stili di vita;
- c. profilassi e controllo delle malattie trasmissibili;
- d. screening oncologici, in linea con i provvedimenti regionali con particolare riguardo ai requisiti di qualità;

- e. vigilanza e controllo negli ambienti di vita e di lavoro;
- f. sicurezza alimentare e tutela della salute dei consumatori;
- g. sanità pubblica veterinaria;
- h. sanità animale e zoonosi;
- i. tutela sanitaria degli animali d'affezione e prevenzione del randagismo.

Per ciascuna delle suddette aree di attività, in coerenza e continuità con quanto previsto nel 2010, verranno considerati come obiettivi minimi quelli di cui alla successiva tabella, a valere per l'anno 2011:

Obiettivi dei dipartimenti di prevenzione medici

1

12.3.1 – Promozione della salute, educazione a stili di vita migliori e prevenzione ambienti di vita

L'adozione di stili di vita e comportamenti favorevoli al benessere richiede un'adeguata informazione del cittadino e, insieme, opportunità e condizioni che facilitino scelte individuali improntate alla salute.

	DESCRIZIONE	INDICATORE
Declinazione	Il Documento di Programmazione e coordinamento dei servizi sanitari e sociosanitari dovrà contenere «il piano integrato locale degli interventi di promozione della salute» che sulla base di criteri di appropriatezza professionale (coerenza con i dati di contesto del territorio di riferimento, esistenza di prove di efficacia o in loro assenza il riferimento a «buone pratiche», sostenibilità) ed organizzativa (integrazione ed intersectorialità) declina: obiettivi di salute scala di priorità indicatori di risultato misurabili anche in termini di guadagno di salute atteso.	Presenza del Piano integrato locale degli interventi di promozione della salute Rendicontazione annuale degli interventi mediante strumenti che verranno messi a disposizione dalla D.G. Sanità
	Attuazione di interventi per la promozione di attività motoria e corrette abitudini alimentari al fine di ridurre l'incidenza di patologie cronico-degenerative.	Promuovere corrette abitudini alimentari Indicazione nei capitolati d'appalto per le ristorazioni collettive a supporto di menù corretti (pane a ridotto contenuto di sale, frutta di stagione, ecc.): 100% dei pareri espressi dalle ASL, su richiesta di enti/amministrazioni - evidenza di accoglimento dei pareri espressi: > 50% Sviluppo di un percorso partecipativo per installare distributori per snack salutari presso le strutture del sistema sanitario regionale e presso le scuole secondarie di 2° grado: - evidenza del percorso avviato (report) - strutture sanitarie: ≥ 10% - scuole secondarie di 2° grado: ≥ 1% Promuovere l'attività fisica Adottare il progetto «scale per la salute» nelle sedi/presidi della ASL: ≥ 90% Incrementare i piedibus attivi sul territorio: ≥ 5% Avviare i piedibus sul territorio laddove non ancora attivati: n. piedibus attivati Incrementare i gruppi di cammino attivi sul territorio: ≥ 5% Avviare i gruppi di cammino sul territorio laddove non ancora attivati: n. gruppi di cammino attivati
	Riduzione di fattori di rischio quali obesità, sedentarietà, tabagismo in gruppi di popolazione adulta con particolare riferimento al tabagismo nel target femminile	Almeno 1 programma di promozione di stili di vita salubri presso una struttura produttiva/di servizio di medie dimensioni con quota significativa di lavoratrici Realizzazione d'intesa con soggetti sanitari del territorio di almeno 1 programma di comunicazione (counseling breve, ecc.) su stili di vita salutari e cessazione dell'abitudine al fumo nell'ambito di percorsi di screening in essere e/ o percorsi nascita. Almeno 1 programma di formazione per MMG/PDF relativo alla prescrizione di stili di vita favorevoli alla salute
	«Scuole che promuovono salute»	Partecipazione alle iniziative informative- formative promosse dalla DG Sanità

2

12.3.2 – Prevenzione, anche come strumento di governo della domanda

La disponibilità di efficaci strumenti per la prevenzione delle malattie infettive o cronico-degenerative, quali le vaccinazioni o gli screening oncologici, garantisce che la loro corretta applicazione consenta un miglioramento del benessere della comunità. Tuttavia per poter raggiungere pienamente i risultati derivanti da tali strumenti è necessario che vi sia la sensibilizzazione e, quindi, l'adesione, dei cittadini. Pur avendo la nostra regione ottimi indici di performance in tal senso, è importante che gli stessi siano mantenuti, per evitare la riemersione di malattie ormai debellate, e anche che siano maggiormente raggiunte fasce di popolazione che, per la loro fragilità sociale, non sempre hanno consapevolezza dell'importanza di aderire agli inviti proposti.

	DESCRIZIONE	INDICATORE
Declinazione	Garantire il mantenimento delle performance di qualità e di risultato raggiunte offerta di screening organizzati	Mantenimento delle performance di qualità e risultato raggiunte nell'offerta di screening organizzati: - estensione screening mammella e colon retto ≥ 95% - adesione: mammella ≥ 60%; colon retto ≥ 40% - cervice uterina: adesione > del 40% nelle Asl nelle quali è attivo un programma organizzato Prevenzione del ca della cervice uterina - Reclutamento della popolazione fragile: attuazione di almeno 1 progetto per ASL - Corretta e completa rendicontazione di tutti gli esami citologici (91385) nel flusso della specialistica ambulatoriale: monitoraggio delle coperture annuali - Razionalizzazione dei centri di lettura: proseguimento/stabilizzazione delle azioni di miglioramento avviate a seguito della circolare 5/SAN 2010 - Appropriatezza prescrittiva dei test per la ricerca dell'HPV: monitoraggio delle prestazioni rendicontate e verifica della coerenza con indicazioni della circolare 5/San 2010 Invio dei dati attività di screening secondo il tracciato record nel rispetto delle indicazioni della DGS
	Promozione dell'accesso al test HIV per i soggetti a maggior rischio di esposizione attuando quanto previsto negli emanandi documentali regionali	Revisione rete MTS /CRH e ottimizzazione dell'offerta test HIV

	Mantenimento dei requisiti di qualità del sistema informativo MAINF	- Percentuale di casi delle malattie a segnalazione immediata inseriti con differenza tra data segnalazione e data apertura pratica inferiore a 3 giorni > 80%; - Completezza schede diagnosi-contagio-fattori di rischio delle malattie soggette a segnalazione immediata > 80%; - Concordanza nella scelta della patologia, rispetto ai contenuti della scheda diagnosi (per meningiti batteriche, m.i. pneumococcica-meningococcica-HiB, diarreie infettive, tossinfezioni alimentari, parassitosi) > 90%
	Coperture elevate delle vaccinazioni per difterite, tetano, poliomielite, epatite B, pertosse, morbillo, parotite, rosolia, malattia invasiva da HiB e completezza delle anagrafi vaccinali	Anagrafe vaccinale: informatizzazione, aggiornamento, invio a DGS classi di nascita 1993-2011 Coperture vaccinali - coorte nati residenti 2009: (Vaccino esavalente (polio-difto-tetanopertosse – epatite B-HiB) ≥ 95%; Morbillo – Parotite – Rosolia: 1ª dose ≥ 95%; - coorte nati residenti 2005: Morbillo-Parotite-Rosolia – 2ª dose ≥ 90%; Polio 4ª dose ≥ 95%; - soggetti appartenenti a categorie a rischio: ≥ 70% soggetti 0-18 aa, per le rispettive patologie, su denominatore BDA.
3	12.3.3 – Tutela della salute dei cittadini e dei lavoratori	
	I maggiori risultati raggiunti, in termini di prevenzione, negli ultimi decenni sono indiscutibilmente da attribuire alle azioni «di sistema» che hanno consentito che la società, nel suo complesso, migliorasse le condizioni dell'ambiente, delle abitazioni, degli ambienti di vita collettiva e dei luoghi di lavoro, dei servizi di distribuzione dell'acqua, e di raccolta e smaltimento dei rifiuti, della produzione e preparazione degli alimenti. È dunque necessario che l'azione di controllo in tali ambiti, svolta da diverse istituzioni tra le quali le ASL, sia mantenuta, innovandola ai principi scientifici dell'efficacia, tra cui la responsabilizzazione del titolare di impresa e datore di lavoro e la concentrazione della vigilanza negli ambiti a maggior rischio per la salute.	
	DESCRIZIONE	INDICATORE
Declinazione	Recepimento e attuazione del documento regionale «Standard di funzionamento dei Servizi A.S.L. competenti in materia di sicurezza alimentare».	Recepimento delle linee di indirizzo regionali entro il 30 giugno 2011
	Mantenere l'azione di controllo e vigilanza sulla qualità delle acque destinate al consumo umano attraverso la verifica dei sistemi di controlli interno degli impianti di acquedotto a prosecuzione dell'azione avviata nel 2010, con identificazione delle situazioni di criticità e percorso di miglioramento condiviso tra gestori e l'ASL.	Revisione dei documenti/procedure aziendali in essere Effettuazione delle verifiche sulle strutture non controllate nell'anno precedente
	Promozione dell'applicazione nelle aziende delle linee di indirizzo e vademecum decretati in materia di sicurezza e salute nei luoghi di lavoro e verifica della loro efficacia in coerenza con le indicazioni della Commissione consultiva permanente art. 6 d.lgs. 81/2008	Evidenza di raccordo con gestori e valutazione dei percorsi di miglioramento delle situazioni di criticità identificate Applicazione di almeno una linea di indirizzo in accordo con la U.O. Governo della prevenzione e tutela sanitaria
	Adozione da parte dei Comitati di Coordinamento provinciali ex art. 7 d.lgs. 81/2008 del Piano triennale per la promozione della sicurezza nei luoghi di lavoro 2011-2013, in coerenza con il PRP e con le indicazioni del Comitato di Coordinamento Regionale	Adozione protocollo secondo le indicazioni in materia di emergenza di sanità pubblica fornite dalla U.O. Governo della prevenzione e tutela sanitaria
	Adozione di protocolli di intervento da parte delle ASL componenti la rete di comunicazione ASL – A.O. – AREU e Protezione Civile	Report sulle modalità, contenuti e strumenti utilizzati nella definizione dei pareri espressi dalle ASL nelle procedure di via e di supporto alla definizione del PGT
	Partecipazione attiva alla definizione dei percorsi istruttori necessari per la definizione del PGT e VIA	Effettuazione dei controlli, rispetto alla sicurezza nei luoghi di lavoro, su almeno il 5% delle imprese attive indicate nelle sezioni di attività economiche di Infocamere – 2010
	Programmazione e attuazione delle attività di controllo negli ambienti di vita e di lavoro, secondo i principi della graduazione del rischio e individuazione delle priorità e rendicontazione tramite sistema IMPRES@	Effettuazione dei controlli, rispetto alla sicurezza nei luoghi di lavoro, su almeno il 10% delle imprese edili attive indicate nella sezione costruzioni di Infocamere – 2010
		Almeno il 60% dei controlli effettuati in imprese con livello di rischio elevato per i lavoratori tra cui quelle: - classificate a Rischio di Incidente Rilevante, – soggette ad Autorizzazione Ambientale Integrata, - con elevati indici di frequenza e gravità per infortuni e malattie professionali, - con esiti negativi nei precedenti controlli...
		Almeno il 60% dei controlli nel settore della sicurezza alimentare sono effettuati su strutture a rischio elevato (1 e 2, con almeno 1 controllo annuale sul rischio 1)
		Almeno il 60% dei controlli nel settore della sicurezza negli ambienti di vita sono effettuati su strutture a rischio elevato (1 e 2)
	Definizione, nell'ambito del Comitato di coordinamento provinciale ex art. 18 l.r. 16/1999 e s.m.i., di un programma coordinato con ARPA e Amministrazione Provinciale di controlli sulle aziende che svolgono attività che impattano sull'ambiente	Evidenza, - del raccordo, con esplicitazione della competenza ASL in merito alla tutela dei lavoratori e della popolazione - dell'attività coordinata effettuata
	Adozione del sistema informativo gestionale PERSONA	Implementazione del sistema informativo gestionale PERSONA secondo le indicazioni della U.O. Governo della Prevenzione e tutela sanitaria
	Attuazione della campagna informativa sull'uso corretto dei cosmetici	Rapporto sulla diffusione del materiale informativo regionale

Obiettivi dei dipartimenti di prevenzione veterinari

La Sanità Pubblica Veterinaria è chiamata a svolgere un ruolo fondamentale per garantire qualità e sicurezza delle produzioni del sistema agro-alimentare lombardo. In tale contesto si dovrà pianificare e supportare un continuo miglioramento delle realtà di eccellenza sia del sistema dei

controlli che del sistema produttivo mediante un'organica ed efficace «politica di integrazione, semplificazione e trasferimento delle conoscenze» tra le diverse parti del sistema (Regione-ASL-Università -Istituti Zooprofilattici-Associazioni di categoria e i vari Enti territoriali di ricerca) attivando un processo di crescita dell'intero settore.

	DESCRIZIONE		INDICATORE
1	Efficacia e qualità dei controlli nel settore della Sicurezza Alimentare; integrazione di sistema tra Regione-ASL-I.Z.S.L.E.R.: Attivare controlli integrati sul Territorio (A.S.L. – I.Z.S.L.E.R.) al fine di migliorare l'efficacia delle attività di controllo ufficiale.		
	Declinazione	Attivare Controlli integrati Regione-ASL nei laboratori privati dove vengono effettuate analisi per l'autocontrollo aziendale nel settore degli alimenti di O.A.	Esecuzione dei 12 controlli programmati dall'U.O. Veterinaria.
		Attivare Controlli integrati ASL-I.Z.S.L.E.R. nel settore della sicurezza alimentare al fine di migliorare l'efficacia e la qualità dei controlli soprattutto nella gestione del campionamento ufficiale.	Pianificazione e realizzazione di almeno 12 Controlli Ufficiali per ciascuna ASL, nell'ambito del Piano integrato.
		Programmazione attuazione e rendicontazione dell'attività di controllo nel settore della sicurezza alimentare e nella sanità pubblica veterinaria basata sull'analisi di contesto e sulla graduazione del rischio.	Predisposizione del piano aziendale dei controlli correlato con l'analisi di contesto e graduato in relazione alla valutazione del rischio entro il termine stabilito dalla regione.
			Attuazione di almeno il 90% controlli ufficiali secondo le procedure aziendali codificate e nel rispetto del rischio relativo attribuito a ciascuna attività o categoria di attività
			Rendicontazione annuale dei controlli ufficiali secondo le modalità codificate dalla UO Veterinaria
			Programmazione e attuazione di eventi finalizzati a comunicare i risultati dei piani di controllo agli stakeholders.
2	Fondo per la remunerazione di alcune funzioni non coperte da tariffe predefinite: Al fine di innovare e migliorare l'efficacia e la qualità dell'attività di «Controllo ufficiale» nel campo della sanità pubblica veterinaria si rende disponibile l'utilizzo di una quota dei fondi assegnati a ciascuna A.S.L. relativamente al finanziamento delle seguenti attività: a) interventi di bonifica sanitaria negli allevamenti; b) raggiungimento obiettivi definiti dalla DG Sanità – eradicazione BSE ed altri.		
	Declinazione	Attivazione, qualora ritenuto opportuno, di progetti innovativi finalizzati ad aumentare l'efficacia dei processi di attuazione del controllo ufficiale e di erogazione dei LEA nelle materie di competenza della sanità pubblica veterinaria.	Attivazione di progetti innovativi nel campo della prevenzione veterinaria attraverso l'utilizzo di una quota dei Fondi funzioni non tariffabili, assegnati nel 2010. Tali progetti, predisposti e rendicontati secondo le linee di indirizzo emanate dall'U.O. Veterinaria, dovranno determinare un incremento di almeno il 10% dell'attività di controllo ufficiale ivi previste, negli ambiti ritenuti prioritari a livello territoriale, rispetto a quella attuata nel 2010.
3	Standard di funzionamento dei Servizi A.S.L. competenti in materia di sicurezza alimentare: Al fine di mettere in atto i requisiti previsti dal Reg. (CE) n. 882/2004 e standardizzare le attività di controllo ufficiale, è stato predisposto un documento regionale di indirizzo e coordinamento delle modalità operative di attuazione della programmazione aziendale in materia di audit, ispezione, campionamento e rilascio dei certificati da parte delle competenti strutture delle A.S.L. nel campo della sicurezza alimentare.		
	Declinazione	Recepimento e attuazione del documento regionale «Standard di funzionamento dei Servizi A.S.L. competenti in materia di sicurezza alimentare».	Recepimento delle linee di indirizzo regionali e adeguamento delle procedure aziendali entro il 30 giugno 2011.
		Partecipazione del personale delle A.S.L. agli eventi formativi promossi dalla Regione.	Partecipazione di almeno il 90% del personale A.S.L. individuato ai percorsi di formazione organizzati dalla Regione.
4	Percorsi formativi specialistici nella sanità pubblica veterinaria: Convenzione tra Regione Lombardia e UNIMI		
	Declinazione	La Regione e l'Università, riconoscendo la rilevanza sia economica che sanitaria del settore agroalimentare Lombardo, ritengono strategico assicurare la formazione del personale sanitario impegnato nei controlli ufficiali delle ASL e dell'I.Z.S.L.E.R. e l'interscambio di conoscenze ed esperienze specialistiche della sanità pubblica veterinaria.	Attivazione di accordi bilaterali tra Università e A.S.L., nei casi previsti, nell'ambito dei percorsi di specializzazione promossi dall'Università degli Studi di Milano – Facoltà di Medicina Veterinaria.
5	Sistema informativo: considerati gli applicativi attualmente in essere presso le ASL, l'IZSLER, le U.O. Veterinaria e Governo della prevenzione della D.G. Sanità, si rende necessario intraprendere un percorso che porti ad una loro completa integrazione.		
	Declinazione	Attuazione delle azioni previste dalla Regione al fine di una completa integrazione dei sistemi informativi in essere.	Attuazione del 100% di quanto pianificato dalla U.O. Veterinaria in 3 step annuali.
6	Tutela sanitaria degli animali da allevamento, secondo la nuova strategia per la salute degli animali nell'Unione europea (207/2013) «Prevenire è meglio che curare».		
	Declinazione	Predisposizione e aggiornamento, in base all'evoluzione della situazione epidemiologica e della normativa comunitaria e nazionale, dei piani regionali di prevenzione e controllo relativi alle principali malattie di interesse zootecnico, zoonotico e al benessere animale.	Attuazione dei programmi di controllo, pianificati dall'U.O. Veterinaria, in relazione all'analisi di contesto e alla graduazione del rischio sanitario degli allevamenti
			Attuazione del Piano Regionale Integrato di Controllo inerente il settore della filiera suinicola.
			Rendicontazione dei piani di controllo nel rispetto delle modalità codificate dall'U.O. Veterinaria.

Riguardo ai finanziamenti si precisa quanto segue.

Si conferma che il finanziamento di alcune attività di prevenzione è ricondotto ai finanziamenti correnti in quanto attività che rientrano nel finanziamento corrente a costi standard territoriali e che devono essere garantite (ad esempio le risorse necessarie alla effettuazione di screening oncologici, ai vaccini antimeningococcico C e antipneumococcico eptavalente, alla somministrazione del vaccino antinfluenzale stagionale,...).

Si conferma inoltre il sistema premiante per le ASL basato sulla verifica di indicatori di processo e di risultato, ossia di impatto sulla salute della popolazione, introdotto a partire dal 2009 e basato anche per quest'anno su un finanziamento aggiuntivo di 5.000.000 euro.

Naturalmente, trattandosi di criteri la cui verifica non potrà che avvenire ad anno avanzato, l'attribuzione effettiva del finanziamento, avverrà a fine anno, con vincolo ad impegnare la quota attribuita nell'esercizio finanziario dell'anno.

I finanziamenti aggiuntivi potranno essere assegnati alle ASL in base a:

1. Verifica dei seguenti indicatori di processo/qualità:

a. Predisposizione del piano aziendale dei controlli correlato con l'analisi di contesto e sulla base della graduazione del rischio con evidenza dei criteri e sistemi applicati.

b. Incremento del 10%, rispetto a quanto rendicontato nel 2010 attraverso il sistema Impres@, dei controlli programmati relativi alle attività /strutture a maggior rischio.

c. Performance in linea con la media regionale, confrontando le ore lavorate derivanti da Fluper con alcuni indicatori sintetici di attività (numero controlli programmati, numero test di screening e vaccinazioni,...).

d. Rispetto del raggiungimento degli obiettivi di sistema più sopra indicati tra gli obiettivi delle diverse aree (in particolare: le percentuali di copertura vaccinale e di estensione/ adesione agli screening oncologici; il rispetto della quota dei controlli sulle strutture in materia di sicurezza e tutela dei lavoratori, di sicurezza alimentare e di igiene degli alimenti e delle acque destinate al consumo umano).

e. Completezza e qualità nell'utilizzo dei sistemi informativi MAINF, SOFIA, Vaccinazioni Impres@.

f. Recepimento delle linee di indirizzo regionali in materia di «Standard di funzionamento dei servizi ASL competenti in materia di sicurezza alimentare».

g. Applicazione delle Linee guida regionali in materia di vigilanza e controllo di competenza dei Dipartimenti di prevenzione medici emanate nel maggio 2009.

h. Attivazione di progetti innovativi nel campo della prevenzione veterinaria attraverso l'utilizzo di una quota dei Fondi funzioni non tariffabili, assegnati nel 2010. Tali progetti dovranno essere predisposti e rendicontati secondo le linee di indirizzo emanate dall'U.O. Veterinaria.

i. Rendicontazione dei piani di controllo relativi alle materie di competenza della Sanità Pubblica Veterinaria, nel rispetto delle modalità codificate dall'U.O. Veterinaria.

j. Verifica dell'appropriatezza dei controlli e delle azioni attuate a seguito del rilievo di non conformità. Tale verifica verrà attuata in tutte le ASL mediante audit da parte della U.O. Veterinaria.

2. Stante la necessità che le attività di prevenzione siano sempre più legate ad una loro efficacia dimostrabile e quindi generino un guadagno di salute per la popolazione, le ASL predisporranno il

report dell'attività svolta nel corso del 2010 con specifici interventi di comunicazione ed informazione nei confronti dei portatori di interesse.

Il report evidenzierà l'andamento di alcuni indicatori di guadagno di salute:

- a. andamento dei tassi di infortuni sul lavoro segnalati all'INAIL, con mantenimento del trend in riduzione nel periodo 2006-2010;
- b. andamento della mortalità per patologie prevenibili con interventi di promozione della salute e screening di provata efficacia; in particolare verranno considerati:
 - tumori maligni della mammella e del colon retto per la loro correlazione con le attività di screening;
 - malattie cardio-cerebro-vascolari e tumore del polmone per la loro correlazione con gli stili di vita;
- c. saranno inoltre considerati come eventi sentinella (ossia con casi attesi pari a zero) i decessi per morbillo, per la correlazione con il piano di vaccinazione;
- d. contenimento dell'incidenza delle malattie trasmesse da alimenti;
- e. contenimento dell'incidenza delle zoonosi.

Il report conterrà altresì risultati raggiunti in termini di sviluppo di sistema:

- a. attuazione degli step pianificati dalla U.O. Veterinaria in materia di sviluppo e integrazione dei sistemi informativi.
- b. attuazione dei piani di prevenzione e controllo relativi alla Sanità Pubblica Veterinaria.

(9) Ad integrazione della presente deliberazione vedi la *Delib.G.R. 30 marzo 2011, n. 9/1479* e la *Delib.G.R. 28 luglio 2011, n. 9/2057*.

Allegato 6

Organizzazione, personale dipendente, medicina convenzionata territoriale, direzione strategica aziendale ⁽¹⁰⁾

Nel 2011 particolare attenzione verrà rivolta ad un governo equilibrato del costo del personale dipendente mediante l'individuazione di indicatori numerici ed economici sempre più dettagliati e confrontabili con standard regionali di riferimento.

Per quanto riguarda l'approvazione dei fabbisogni di personale e dei piani di assunzione a tempo indeterminato si proseguirà nell'applicazione della metodologia già utilizzata nell'ultimo biennio, che ha portato alla definizione di criteri analitici per le aziende sanitarie pubbliche riferiti ai livelli

di produttività attesi, intesi come rapporto tra le risorse umane impiegate, i livelli di produzione ottenuti e la percentuale del costo del personale rispetto alle entrate aziendali, per le Aziende Ospedaliere, le Fondazioni IRCCS e l'AREU, e come rapporto tra le risorse umane impiegate e i livelli di attività attesi per le Aziende Sanitarie Locali.

Tale strumento di programmazione delle assunzioni potrà essere ulteriormente implementato sulla base dell'esperienza acquisita e dovrà essere utilizzato dalle Aziende Sanitarie come riferimento per la presentazione delle richieste di assunzioni per l'anno 2011.

Prima di procedere ad assunzioni nell'ambito del Piano 2011 dovrà essere formalmente dimostrato il completamento del Piano assunzioni 2010.

Con riferimento alle Aziende Ospedaliere – Poli Universitari si conferma che le stesse potranno coprire i contingenti autorizzati anche con personale convenzionato universitario, che va computato all'interno dei fabbisogni complessivi di personale già autorizzati dalla Giunta regionale.

Anche per il 2011 si conferma l'obiettivo di dare priorità all'assunzione di personale a tempo indeterminato, ribadendo che alla copertura dei posti a tempo indeterminato dovrà corrispondere la contestuale risoluzione dei contratti a tempo determinato e degli altri contratti atipici riferiti ai medesimi posti.

A tal proposito, oltre a monitorare costantemente il rispetto di quanto sopra evidenziato, verrà richiesta alle aziende una puntuale rendicontazione sull'applicazione dell'accordo tra Regione e OO.SS. Regionali del Comparto Sanità Pubblica sul personale precario, approvato con Delib.G.R. n. 11401 del 10 febbraio 2010, finalizzato al completamento del processo di stabilizzazione.

Per quanto riguarda gli assetti organizzativi delle Aziende Sanitarie Pubbliche si ritiene che l'aggiornamento dei Piani di Organizzazione Aziendale potrà essere programmato dal 2012, in quanto occorre consolidare il processo di razionalizzazione già attivato con l'introduzione del modello dipartimentale.

Nel corso del 2011 verranno definiti criteri di meritocrazia e premialità in coerenza con quanto previsto dalla riforma «Brunetta», e indirizzi per l'applicazione omogenea nelle Aziende Sanitarie Pubbliche del SSR di criteri e modalità per la trasparenza e la rendicontazione delle performance aziendali.

Le aziende, in considerazione delle disposizioni di cui all'*art. 9, comma 17, del D.L. 78/2010* convertito in *L. 122/2010* dovranno provvedere, anche per l'anno 2011, a corrispondere al personale dipendente l'indennità di vacanza contrattuale nella misura prevista a luglio 2010 in applicazione dell'*art. 2, comma 35, della legge n. 203/2008*.

In corso d'anno verranno messe a disposizione risorse economiche finalizzate alle Risorse Aggiuntive Regionali, fermo restando le necessarie verifiche in base alla normativa vigente.

Per quanto riguarda lo svolgimento dell'attività libero professionale intramuraria da parte del personale dirigenziale, particolare attenzione dovrà essere rivolta alla regolamentazione della stessa, nel rispetto delle disposizioni nazionali e regionali in materia. I competenti uffici della Direzione Generale Sanità provvederanno alle necessarie verifiche.

Si confermano le disposizioni previste nelle Regole 2010 sulla necessità di provvedere ad una corretta compilazione di tutti i flussi informativi derivanti da disposizioni nazionali e regionali al

fine di garantire una sempre migliore qualità dei dati, anche in considerazione del fatto che gli stessi verranno utilizzati per la definizione degli indicatori di efficienza, efficacia ed economicità delle Aziende.

Per quanto riguarda le Aziende Sanitarie Private Accreditate, le stesse dovranno assolvere agli obblighi informativi derivanti dalle specifiche disposizioni regionali, rispettando la tempistica stabilita e garantendo la qualità dei dati trasmessi.

Anche per l'anno 2011 le Aziende dovranno provvedere alla pubblicazione di tutti i contratti di consulenza, con persone fisiche e con società, sul proprio Sito Internet e su quello di Regione Lombardia.

Come previsto dall'*art. 40 del D.Lgs. 150/2009* e successive modifiche e integrazioni, le Aziende dovranno provvedere a rendere conoscibili, anche mediante pubblicazione di apposito avviso sul Sito Internet aziendale, il numero e la tipologia dei posti di funzione riferiti alle dirigenze che si rendono disponibili nella dotazione organica ed i criteri di scelta; a tal proposito devono essere acquisite e valutate le disponibilità dei dirigenti interessati.

Si conferma la necessità di prevedere adeguati sistemi automatizzati per la rilevazione delle presenze del personale in servizio, anche con riferimento alla Direzione Strategica Aziendale.

Per quanto riguarda la valutazione dei Direttori Generali riferita al 2011 verrà modificato l'attuale sistema di valutazione degli obiettivi di sviluppo che dovranno consistere nella declinazione annuale degli obiettivi di mandato, allo scopo di ricollegarsi in modo stringente alla programmazione regionale.

Gli obiettivi di sviluppo saranno valutati in sintonia con il sistema di valutazione utilizzato per la dirigenza regionale, anche con riferimento al grado di congruità dell'azione con gli obiettivi strategici.

La valutazione verrà effettuata dal nucleo di esperti dell'Organismo Indipendente di valutazione di cui all'*art. 30 della legge regionale n. 20 del 7 luglio 2008* modificata in applicazione del *D.Lgs. 150/2009* e dal Direttore Generale della Direzione Sanità e solo per la valutazione dei Direttori Generali ASL dal Direttore Generale della Direzione Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà sociale.

Per quanto riguarda l'applicazione del *D.Lgs. 150 del 2009* verranno fornite ulteriori indicazioni sulla base delle specifiche disposizioni regionali in materia.

Per quanto riguarda la medicina convenzionata territoriale, si conferma per l'anno 2011 la necessità di perseguire politiche di contenimento e razionalizzazione dei costi, come peraltro già previsto dalle disposizioni che hanno interessato gli anni 2009 e 2010, anche alla luce delle recenti disposizioni legislative nazionali in materia di vincoli alla finanza pubblica.

In corso d'anno verranno messe a disposizione risorse economiche finalizzate alle Risorse Aggiuntive Regionali, fermo restando le necessarie verifiche in base alla normativa vigente.

Sempre maggiore rilevanza, inoltre, assume la necessità, anche a fini statistici, programmatori e di supporto alla contrattazione decentrata, di garantire, da parte delle Aziende, la correttezza, la completezza e l'attendibilità dei dati richiesti dai competenti uffici regionali.

Una particolare attenzione verrà altresì posta agli adempimenti inerenti il Sistema Informativo Socio Sanitario (SISS) in attuazione delle specifiche disposizioni dell'Accordo Collettivo Nazionale relative ai flussi informativi e al progetto Tessera Sanitaria e Ricetta Elettronica.

Anche attraverso il coinvolgimento del Gruppo di Approfondimento Tecnico Cure Primarie, e nell'ottica di favorire lo sviluppo dell'associazionismo per gli operatori della medicina territoriale convenzionata, potranno essere sviluppati progetti sperimentali relativi a modelli organizzativi, (modulati sulle esigenze territoriali) per la costituzione di team per le cure territoriali integrate, ai sensi delle previsioni del nuovo Accordo Collettivo Nazionale relative alle Unità Complesse delle Cure Primarie e in completa sinergia con gli indirizzi regionali sull'assistenza post-acuta e delle patologie croniche.

In tal senso verranno sviluppati indicatori di efficacia e di efficienza al fine di valutare l'attività delle forme di medicina aggregata.

Per ciò che concerne la Pediatria di Famiglia, potranno essere previsti progetti che prevedano l'accesso dei servizi nei giorni festivi e prefestivi, al fine di garantire una reale continuità dell'assistenza pediatrica.

Per la specialistica ambulatoriale, una particolare attenzione verrà posta sulla formazione per argomenti tematici di ogni specializzazione, al fine di consentire l'aggiornamento professionale in un «setting» formativo condiviso, da realizzarsi anche attraverso il nuovo Ente regionale per la ricerca, la statistica e la formazione.

(10) Ad integrazione della presente deliberazione vedi la *Delib.G.R. 30 marzo 2011, n. 9/1479* e la *Delib.G.R. 28 luglio 2011, n. 9/2057*.

Allegato 7 **Sistema informativo socio sanitario ⁽¹¹⁾**

Nel contesto della più ampia programmazione regionale della socio-sanità e in un'ottica di sempre maggiore coinvolgimento e responsabilizzazione delle aziende sanitarie nel governo del SISS sul territorio, nel 2011, dovranno essere perseguiti, coerentemente agli obiettivi strategici della Delib.G.R. n. 8/10031 del 2009 e del PSSR, i seguenti obiettivi.

Fascicolo sanitario elettronico: i referti

Rendere disponibili sul FSE, un numero sempre più rilevante di referti, nell'ottica della completezza dell'FSE e della sua valorizzazione a supporto della diagnosi e cura (evoluzione del sistema delle reti di patologia e dei piani diagnostici terapeutici, integrazione con i sistemi di emergenza/urgenza).

In particolare le aziende erogatrici dovranno:

- per quanto riguarda la completezza del FSE, sensibilizzare propri operatori sia sulla pubblicazione di tutte le tipologie di referti sia sulla comunicazione ai cittadini delle modalità di consultazione dei referti on-line. Questo implicherà adeguamenti dell'assetto organizzativo aziendale rispetto all'attuale fase/processo di consegna del referto cartaceo;
- continuare a sensibilizzare, con le diverse attività di comunicazione, in sinergia con la propria ASL, il cittadino sull'opportunità della costituzione del proprio FSE attraverso il semplice rilascio del «consenso». Obiettivo per l'anno 2011 sarà aumentare le attuali percentuali di pubblicazione dei referti.

Patient summary

In attuazione degli Accordi Collettivi Nazionali per la medicina generale dell'8 luglio 2010, nel 2011 si prevede di estendere progressivamente la sperimentazione del patient summary su un numero maggiore di ASL e quindi di pazienti interessati.

Il Documento di sintesi clinica del cittadino (Patient Summary) rappresenta infatti un obiettivo fondamentale per favorire la continuità di cura e la gestione delle situazioni di emergenza. La finalità dell'obiettivo è la raccolta dei soli dati essenziali per l'emergenza e non può prescindere dalla piena collaborazione dei MMG/PLS che sono i titolari delle informazioni e gli unici attori responsabili dell'inserimento all'interno del Fascicolo Sanitario Elettronico. L'obiettivo per l'anno 2011 sarà valutato sulla base del numero di cittadini con Patient Summary compilato, nei territori in cui si deciderà di attivare il servizio.

Dematerializzazione

Fortemente collegate ai due obiettivi precedenti sono le attività volte alla creazione ed alla gestione di un sempre maggior numero di documenti sanitari in formato elettronico. Dovranno essere incrementate nel tempo le tipologie di documenti dematerializzati, anche sulla base delle sperimentazioni realizzate.

Le aziende sanitarie dovranno:

- attuare azioni di coinvolgimento e comunicazione sui diversi attori, al fine di ottenere l'adeguato supporto;
- realizzare gli adeguamenti tecnologici degli applicativi degli operatori sanitari e delle modalità di connessione di questi con il SISS, al fine di creare le basi per l'effettiva dematerializzazione dei documenti sanitari;
- avviare le azioni necessarie per l'adeguamento dei processi organizzativi interni.

Nel 2011, come proseguo di quanto già previsto nel 2010, si prevede di avviare la Conservazione Sostitutiva dei Documenti sanitari con un piano pluriennale che porterà al completamento di tutte le strutture per il 2014.

Ricetta elettronica e invio delle prescrizioni

La *legge 30 luglio 2010, n. 122* recante misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica, sancisce la completa sostituibilità del documento prescrittivo cartaceo, rendendo possibile l'avvio effettivo della sperimentazione volta al passaggio dalla prescrizione

cartacea (RUR) alla prescrizione elettronica. Contemporaneamente con riferimento all'attuazione, in ambito regionale, delle disposizioni di cui al *D.P.C.M. del 26 marzo 2008*, riguardanti la trasmissione telematica dei dati delle ricette dei medici a carico del SSN, il Ministero dell'Economia e delle Finanze, con *Decreto del 14 luglio 2010*, ha stabilito al 1° ottobre 2010 la data di avvio a regime del sistema informativo socio-sanitario della regione Lombardia, rendendo esecutive le disposizioni di cui agli accordi collettivi nazionali con i medici convenzionati inerenti l'obbligo di trasmissione per i medici, attraverso il sistema regionale, dei dati delle ricette e le sanzioni, in caso di inadempienza o a fronte di trasmissione inferiore all'80% del totale.

In tale contesto normativo diventa da un lato fondamentale promuovere e monitorare i livelli prescrittivi nei diversi territori e dall'altro registrare con maggiore attenzione, al momento dell'erogazione, il corretto valore del codice IUP presente sulla prescrizione, nonché diffondere l'utilizzo del SISS anche per le prescrizioni effettuate da specialisti.

Certificati di malattia on line

Il *Decreto del 26 febbraio 2010* (G.U. n. 65 del 19 marzo 2010) del Ministero della Salute di concerto con il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, attuativo dell'*art. 8 del D.P.C.M. del 26 marzo 2008*, ha definito le modalità tecniche di predisposizione ed invio telematico, da parte dei Medici all'INPS, dei dati delle certificazioni di malattia.

Per la Lombardia è stata attivata la procedura di predisposizione ed invio telematico all'INPS dei dati delle certificazioni di malattia da parte dei medici prescrittori tramite il SISS. Nel corso del 2011, a valle degli approfondimenti da parte della Conferenza Stato-Regioni, si dovranno implementare le soluzioni informatiche specifiche per migliorare la fruizione del servizio in ambito ospedaliero ed agevolare l'attività dei medici

Coinvolgimento EEPA

Come sottolineato dal PSSR della IX legislatura, al fine di garantire la completezza dell'FSE nonché l'effettiva dematerializzazione di un numero sempre più elevato di documenti sanitari, è necessario proseguire e completare le attività d'integrazione al SISS dei sistemi informativi degli enti erogatori privati accreditati.

In particolare dovrà progressivamente realizzarsi l'integrazione con il SISS finalizzata alla comunicazione degli eventi sanitari ed alla pubblicazione dei documenti sanitari elettronici sottoscritti digitalmente, compresi i certificati di malattia on-line.

Interoperabilità tra Stati e regioni (dei sistemi informativi) per lo scambio delle informazioni e dati in ambito sanitario

Per quanto riguarda la governance del sistema sanitario si stanno ricercando e sviluppando soluzioni (prodotti processi servizi) che possano facilitare la interoperabilità dei dati e delle informazioni sia tra diversi Stati europei (epSOS) sia tra regioni o enti diversi (IPSE).

In particolare, a livello nazionale la Regione Lombardia è la coordinatrice del progetto IPSE che ha come scopo quello di valutare ed adottare i processi epSOS per la interoperabilità tra regioni e enti diversi. In tale ambito verranno individuate diverse aziende e realtà territoriali da utilizzare come siti piloti, valorizzando la loro esperienza e le loro realizzazioni nell'ambito del SISS.

Rete regionale di prenotazione

Per garantire al cittadino la più ampia possibilità di scelta spazio-temporale della struttura presso la quale usufruire della prestazione, si prevede nel 2011 di incrementare il numero di prenotazioni effettuate tramite il SISS-SEB GP (canali Call Center, Farmacie, Internet).

Ciò dovrà essere perseguito tramite:

- la completa informatizzazione di tutte le agende;
- l'integrazione dei sistemi informativi dei CUP aziendali con il SISS-SEB GP (servizio di Base Gestione Prenotazioni), strumento quest'ultimo da intendersi quale supporto all'ingegnerizzazione dell'intero processo di accoglienza ed in particolare destinato a uniformare, secondo regole comuni, la prenotazione da qualsiasi canale avvenga (operatori a-ziendali, CUP aziendali, Call Center Regionale, Farmacie, internet,);
- l'ampliamento progressivo dell'offerta complessiva delle prestazioni prenotabili, sino al raggiungimento del 90% delle prestazioni offerte e rese visibili al SISS-SEB GP affinché siano prenotabili da tutti gli attori integrati al SISS (operatori aziendali, CUP aziendali, Call Center Regionale, Farmacie, Internet,), ognuno nel rispetto dei propri profili;
- l'adeguamento delle agende alle Linee Guida sulla qualità delle stesse (periodicamente riviste ed aggiornate).

Vista la riorganizzazione complessiva del servizio attualmente in corso, come obiettivo per il 2011 si prevede di consolidare gli attuali livelli quantitativi.

Pagamento ticket tramite SISS

Al fine di introdurre un sistema multicanale che permetta di pagare i ticket sanitari in una pluralità di luoghi, con le modalità e gli strumenti più variegati, a partire dalle sperimentazioni in atto, saranno coinvolte altre aziende, secondo un piano e le indicazioni che saranno date dalla D.G. Sanità. Le aziende coinvolte dovranno quindi realizzare gli adeguamenti tecnologici necessari all'integrazione con il sistema di incasso multicanale, e nel 2011 si comincerà a valutare il numero di pagamenti gestiti attraverso tale modalità.

Piano annuale SISS

Sulla base delle nuove modalità di gestione del SISS definite dall'Incarico SISS a Lombardia Informatica (Delib.G.R. n. 8/10512 del 2009), le aziende dovranno predisporre entro il 31 gennaio 2011 il proprio Piano annuale SISS che conterrà:

- gli obiettivi di diffusione/utilizzo dei servizi SISS alle aziende;
- il piano di integrazione/evoluzione nel SISS dei propri SIA;
- i livelli di servizio che l'azienda si impegnerà a rispettare relativamente ai servizi esposti sulla rete SISS;
- la comunicazione ai cittadini e le attività di formazione degli operatori socio-sanitari coinvolti nei vari processi

Con apposito atto la Giunta regionale provvede a disciplinare le attività informatiche delle ASL e delle A.O. con l'obiettivo di renderle sinergiche alla rete SISS avvalendosi di Lombardia Informatica S.p.A.

(11) Ad integrazione della presente deliberazione vedi la *Delib.G.R. 30 marzo 2011, n. 9/1479* e la *Delib.G.R. 28 luglio 2011, n. 9/2057*.

Allegato 8 **Farmaceutica e protesica** ⁽¹²⁾

Farmaceutica territoriale

Si richiamano di seguito:

– la *legge 3 agosto 2009 n. 102*, all'*articolo 22*, che ha disposto come misura di governo della spesa sanitaria per il settore farmaceutico che «a livello nazionale il tetto di spesa per l'assistenza farmaceutica territoriale di cui all'*articolo 5, comma 1, del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 29 novembre 2007, n. 222*, è rideterminato in riduzione in valore assoluto di 800 milioni di euro a decorrere dall'anno 2010 e in termini percentuali, rispetto al fondo sanitario nazionale, nella misura del 13,3 per cento a decorrere dal medesimo anno 2010»;

– la *legge 30 luglio 2010 n. 122*, all'*articolo 11* comma 7 lettera b) che previsto che sulla base dei dati resi disponibili dal sistema Tessera sanitaria la predisposizione da parte di AIFA di «tabelle di raffronto tra la spesa farmaceutica territoriale delle singole regioni, con la definizione di soglie di appropriatezza prescrittiva basate sul comportamento prescrittivo registrato nelle regioni con il miglior risultato in riferimento alla percentuale di medicinali a base di principi attivi non coperti da brevetto, ovvero a prezzo minore, rispetto al totale dei medicinali appartenenti alla medesima categoria terapeutica equivalente. Ciò al fine di mettere a disposizione delle regioni strumenti di programmazione e controllo idonei a realizzare un risparmio di spesa non inferiore a 600 milioni di euro su base annua che restano nelle disponibilità dei servizi sanitari regionali».

Pertanto per l'anno 2011 l'obiettivo per la spesa farmaceutica territoriale, comprensivo sia di farmaceutica convenzionata sia di doppio canale, verrà definito per ogni ASL tenendo conto sia dell'effetto delle manovre nazionali sui prezzi e promozione dei farmaci equivalenti sia delle azioni messe in campo sullo stesso tema dalle ASL nel corso del 2010. L'eventuale risparmio rispetto all'obiettivo definito nei decreti di assegnazione 2011 sarà da considerarsi obbligatoriamente come quota di risorse disponibile per le necessità complessive del sistema secondo le indicazioni della D.G. Sanità.

Al fine di rispettare i vincoli di risorse stabiliti dalla normativa nazionale rappresenta obiettivo prioritario per l'anno 2011 la promozione sul territorio della prescrizione di farmaci a brevetto scaduto (equivalenti).

Valutato che l'obiettivo riferito alla percentuale di uso di farmaco equivalente deve essere pesato considerando la situazione attuale di ogni ASL ed il conseguente potenziale di miglioramento,

partendo dai dati storici riferiti al periodo gennaio-agosto 2010, vengono definite due soglie di obiettivo vincolante (vedi tabella seguente) in termini di percentuale di spesa di farmaco a brevetto scaduto sul totale della spesa lorda, al fine di raggiungere l'obiettivo medio regionale del 34%:

ASL	Percentuale spesa farmaci a brevetto scaduto su totale spesa lorda (periodo gennaio-agosto)	Scost. vs. regione	Obiettivo 2011 (% spesa farmaci a brevetto scaduto su totale spesa lorda)
08 - ASL 08 - Milano Centro	27,1%	- 2,26	32%
14 - ASL 14 - Varese	28,4%	- 0,94	
06 - ASL 06 - Lodi	28,4%	- 0,91	
13 - ASL 13 - Sondrio	28,5%	- 0,81	
05 - ASL 05 - Lecco	28,6%	- 0,77	
03 - ASL 03 - Como	28,7%	- 0,58	
10 - ASL 10 - MI 2 Melegnano	28,8%	- 0,53	
01 - ASL 01 - Bergamo	29,5%	- 0,14	35%
09 - ASL 09 - MI 1 Legnano	29,5%	- 0,19	
11 - ASL 11 - MI 3 Monza	29,6%	- 0,25	
15 - ASL 15 - Valcamonica	31,1%	- 1,73	
04 - ASL 04 - Cremona	31,1%	- 1,80	
02 - ASL 02 - Brescia	31,5%	- 2,17	
12 - ASL 12 - Pavia	31,6%	- 2,30	
07 - ASL 07 - Mantova	31,8%	- 2,47	
REGIONE	29,3%		34%

Si confermano, inoltre, come obiettivi vincolanti per l'anno 2011 la prosecuzione delle iniziative attivate negli anni precedenti ed in particolare:

1. Informazione mirata (organizzata a livello locale ASL ed erogatore) sul farmaco equivalente (a brevetto scaduto) tesa a diffondere tra i medici prescrittori del territorio e delle strutture di ricovero e cura accreditate ed a contratto l'uso e la prescrizione alla dimissione dei farmaci equivalenti, appartenenti agli ATC: A02, C10, C09, C08 (inibitori di pompa, statine e farmaci antiipertensivi). In tali iniziative dovranno essere coinvolte sia le Direzioni Sanitarie che i Servizi Farmaceutici degli ospedali e delle ASL. Tali iniziative dovranno principalmente essere finalizzate ad ottenere la definizione ed il rispetto, tra strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate e a contratto e le ASL, di prontuari aggiornati alla dimissione tesi a diffondere tra gli operatori sanitari (clinici e farmacisti) l'uso e la prescrizione alla dimissione dei farmaci equivalenti appartenenti ai seguenti ATC: A02, C10, C09, C08.

2. Sperimentazione da parte delle ASL di nuove forme di informazione farmaceutica indipendente e comparata, prevedendo la creazione di appositi nuclei di informazione indipendente.

3. Redazione con cadenza bimestrale, da parte delle ASL, del piano di governo sulla spesa farmaceutica territoriale alla luce del monitoraggio mensile derivante dai flussi informativi. La Direzione Generale Sanità procederà alla verifica dei piani di governo delle ASL e degli eventuali sforamenti entro il 30 aprile, 31 luglio e il 31 ottobre di ogni anno.

4. Condivisione e aggiornamento tra AO/Fondazioni e ASL di prontuari aggiornati alla dimissione, in cui saranno valutate le iniziative aziendali tese a diffondere tra gli operatori sanitari (clinici e farmacisti) l'uso e la prescrizione alla dimissione dei farmaci equivalenti (in particolare ATC: A02, C10, C09, C08).

5. Individuazione e sperimentazione da parte delle ASL di nuovi strumenti e metodi per verificare l'appropriatezza dei percorsi di cura delle patologie croniche, partendo dal monitoraggio dei consumi e «centrando» le informazioni cliniche desumibili dalla BDA su ogni singolo soggetto. L'obiettivo sarà quello di valutare per ogni singolo soggetto il livello di adesione al percorso diagnostico terapeutico assistenziale in termini di: persistenza in terapia, utilizzo di farmaci equivalenti, controindicazioni ed interazioni tra farmaci, aderenza alle note AIFA, etc. L'esperienza in atto in alcune ASL potrà rappresentare il punto di partenza per condividere e implementare la nuova metodologia.

Tali adempimenti sono obiettivi di sistema che dovranno essere fatti propri dai Direttori Generali delle ASL, delle Aziende Ospedaliere e delle Fondazioni IRCCS.

Il rispetto e il raggiungimento dei succitati obiettivi da parte dei Direttori Generali delle ASL, delle Aziende Ospedaliere e delle Fondazioni IRCCS consentirà il riconoscimento del finanziamento per i progetti relativi alla farmacovigilanza di cui al fondo previsto dall'*articolo 36, comma 14, della legge 27 dicembre 1997, n. 449*.

Si conferma, anche per l'anno 2011, come disposizione vincolante a livello regionale e per singola ASL, la completezza e la tempestività di compilazione del flusso informativo, come previsto dal Decreto del Ministro della salute del 31 luglio 2007, per quanto riguarda:

- distribuzione per conto effettuate attraverso le farmacie, comprensiva anche dei dati di acquisto farmaci;
- distribuzione attraverso le strutture sanitarie di competenza territoriale (File F -tipologia 6 e 11);
- distribuzione diretta (File F-tipologia 13).

Tale adempimento è un obiettivo di sistema e perciò del Direttore Generale dell'ASL.

Certificazioni in scadenza relativamente a esenzione per farmaceutica e per le prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Valutata la necessità di confermare e rafforzare per l'anno 2011 le politiche già in atto di sostegno alle famiglie ed ai soggetti in difficoltà, di cui alle *Delib.G.R. n. 8/10804 del 2009* e *Delib.G.R. n. 8/11270 del 2010*, si conferma anche per l'anno 2011 l'esenzione dalla compartecipazione alla spesa farmaceutica e per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, a prescindere dal reddito, per:

- i disoccupati iscritti agli elenchi anagrafici dei centri per l'impiego ed i familiari a loro carico, per il periodo di durata di tale condizione;

- i lavoratori in mobilità ed i familiari a loro carico, per il periodo di durata di tale condizione;
- i cittadini in cassa integrazione straordinaria ed i familiari a carico, per il periodo di durata di tale condizione;
- i cittadini cui è stato concesso il trattamento di «cassa integrazione in deroga» ed ai familiari a loro carico, per il periodo di durata di tale condizione.

Al fine di certificare il relativo diritto si dovrà utilizzare la stessa modalità prevista dall'*allegato 2 alla Delib.G.R. n. 8/10804 del 2009*.

Inoltre di concerto con la Direzione Centrale Programmazione Integrata si dispone che le certificazioni attestanti il diritto all'esenzione per l'assistenza farmaceutica sulla base del reddito, previste dalla Delib.G.R. n. 7/15592 del 12 dicembre 2003, prorogate fino al 31 dicembre 2010 dalla *Delib.G.R. n. 8/10804 del 2009*, continueranno a mantenere la loro validità fino al 31 dicembre 2011.

Esenzioni per malattie croniche e invalidanti - Aggiornamento delle modalità di rinnovo

Al fine di facilitare e semplificare il percorso del cittadino, in riferimento alle modalità di monitoraggio delle esenzioni per le malattie croniche e invalidanti (di cui al *Decreto Ministeriale n. 329/1999* e successivi), si dispone che:

- per le patologie croniche e invalidanti non è più necessario procedere ad effettuare visite periodiche per verificare gli stati di esenzione; le verifiche relative a dette condizioni verranno effettuate con cadenza mediamente biennale dalle ASL tramite l'utilizzo delle informazioni contenute nella Banca Dati Assistito;
- dovranno essere richiamati per le visite solo i pazienti esenti per patologia cronica ed invalidante che per due anni di seguito non abbiano effettuato nessuna delle prestazioni per cui godono dell'esenzione; ciò con la finalità di escludere che, pur avendone bisogno, non accedano alle prestazioni utili per il corretto monitoraggio della loro patologia. Si richiama la circolare del Ministero della Salute n. 13 del 13 dicembre 2001, che, con specifico riferimento alla certificazione attestante la specifica condizione o malattia, prevede che:
 - le procedure del riconoscimento del diritto all'esenzione devono essere definite in modo da evitare ogni possibile disagio al cittadino e prevenire la moltiplicazione degli accessi alle strutture sanitarie;
 - le regioni possano prevedere il coinvolgimento di specifiche categorie di specialisti per il riconoscimento di particolari condizioni di malattia.

Tanto premesso, nel rispetto della normativa nazionale e della relativa circolare ministeriale applicativa, nonché della normativa regionale (l'*art. 2 della L.R. n. 33/2009* prevede che il SSR sia disciplinato, tra l'altro, in conformità al principio di «piena parità di diritti e di doveri fra soggetti accreditati di diritto pubblico e di diritto privato, nell'ambito della programmazione regionale») si dispone che le certificazioni valide per il riconoscimento del diritto all'esenzione per le malattie croniche e invalidanti possano essere rilasciate anche da strutture private accreditate e a contratto con il SSN.

Farmaceutica ospedaliera

La legge 29 novembre 2007 n. 22, all'articolo 5 c. 5 dispone che «a decorrere dall'anno 2008 la spesa farmaceutica ospedaliera così come rilevata dai modelli CE, al netto della distribuzione diretta come definita al comma 1, non può superare a livello di ogni singola regione la misura percentuale del 2,4 per cento del finanziamento.

L'eventuale sfioramento di detto valore è recuperato interamente a carico della regione attraverso misure di contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera o di voci equivalenti della spesa ospedaliera non farmaceutica o di altre voci del Servizio sanitario regionale o con misure di copertura a carico di altre voci del bilancio regionale. Non è tenuta al ripiano la regione che abbia fatto registrare un equilibrio economico complessivo»

All'interno dell'attuale quadro normativo nazionale e nei limiti della complessiva compatibilità di sistema e del rispetto del tetto complessivo del 2,4% previsto per la farmaceutica ospedaliera, per quanto riguarda il File F, riferito ai cittadini lombardi (tipologie 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10 e 14) si ritiene di individuare nel 2011 una crescita del 10% rispetto al 2010, a cui dovrà essere sottratto l'importo della tipologia 15, di cui alle note di credito relative al risk-sharing con conseguente riduzione dei relativi costi sostenuti nell'anno di competenza.

Si ricorda che, ai sensi di quanto previsto dalla normativa vigente, non possono essere rendicontati in File F i farmaci somministrati in regime di ricovero e di day-hospital (esclusa la modalità prevista per la tipologia 5 e il DH 410J).

Tale disposizione è vincolante a livello regionale e per singola azienda. Si conferma anche per l'anno 2011 che: – le strutture erogatrici di File F (AO, IRCCS pubblici e private, e case di cura accreditate) garantiscano in modo continuativo l'erogazione dei farmaci innovativi ospedalieri, facilitando il percorso dei pazienti;

– le ASL, come obiettivo diretto al controllo dei farmaci innovativi, dovranno controllare/monitorare il 75% della prescrizione/erogazione in File F dei farmaci oncologici ed oftalmologici con scheda AIFA indipendentemente dalla tipologia di rendicontazione (5, 2 o 1);

– le ASL dovranno verificare la corretta rendicontazione in File F (tipologia 15) della nota di credito/rimborso alla struttura erogatrice dei rimborsi di risk-sharing;

– l'obbligatorietà del Flusso informativo per il monitoraggio dei consumi di medicinali in ambito ospedaliero (File R), finalizzato alla raccolta dei dati sull'utilizzo dei medicinali nelle strutture di ricovero e cura di diritto pubblico, ad eccezione di quelli dispensati dalle stesse in distribuzione diretta.

In riferimento a quanto disposto dalla *legge 30 luglio 2010 n. 122*, all'*articolo 11* comma 7 lettera a) che ha previsto che AIFA deve individuare, fra i medicinali attualmente a carico della spesa farmaceutica ospedaliera «quelli che, in quanto suscettibili di uso ambulatoriale o domiciliare, dovranno essere erogati attraverso l'assistenza farmaceutica territoriale.... con oneri a carico della relativa spesa, per un importo su base annua pari a 600 milioni di euro», sarà competenza della Direzione Generale Sanità dare indicazioni della predetta norma al fine di dare uniformità applicativa su base regionale. Le ASL che vorranno attivare al riguardo delle specifiche iniziative le dovranno obbligatoriamente condividere in via preliminare con la D.G. Sanità.

Nel 2011, al fine di dare maggiori opportunità e responsabilità nella gestione delle risorse relative alle patologie gestite con farmaci innovativi, sarà attivata una specifica sperimentazione, con i professionisti, che prevederà, sulla base delle più recenti evidenze di costo/efficacia, di individuare

un valore medio di riferimento su base annuale per il trattamento dei pazienti affetti da HIV e di Artrite reumatoide.

Protesica e assistenza integrativa

In sede di bilancio preventivo 2011 le ASL dovranno indicare le azioni prioritarie che intendono attivare nel corso del 2011 per promuovere interventi innovativi finalizzati a semplificare ed a rendere più appropriato il processo assistenziale che regola l'assistenza protesica e l'assistenza integrativa.

Per il 2011 le ASL dovranno attenersi alle risultanze della gara centralizzata sugli ausili per incontinenti e alle indicazioni regionali in merito agli ausili per diabetici di cui alla *Delib.G.R. n. 9/700 del 2010*.

Si confermano, inoltre, come obiettivi 2011 per le ASL la prosecuzione delle iniziative attivate negli anni precedenti ed in particolare:

- invio completo ed esaustivo del flusso informativo obbligatorio per il monitoraggio dell'erogazione dei prodotti protesici e di assistenza integrativa istituito e sperimentato nel secondo semestre 2010;
- redazione con cadenza bimestrale del piano di governo sulla spesa protesica e assistenza integrativa alla luce del monitoraggio mensile che deriva dai flussi informativi. La Direzione Generale Sanità procederà alla verifica dei piani di governo delle ASL e degli eventuali sforamenti entro il 30 aprile, 31 luglio e il 31 ottobre di ogni anno. In caso di superamento dell'obiettivo per la spesa protesica e assistenza integrativa la ASL dovrà prevedere nel piano specifiche manovre a ripiano di tale superamento;
- attività di promozione per il recupero di dispositivi già assegnati ma non utilizzati.

La Direzione Generale Sanità, nell'anno 2009 con *Delib.G.R. 22 dicembre 2008, n. 8730*, ha previsto l'avvio della sperimentazione, relativa alla revisione e riorganizzazione dell'attività di prescrizione ed erogazione di presidi – ausili – protesi, con tutti gli operatori coinvolti nel sistema, allo scopo di ottenere uniformità di trattamento dei cittadini.

A tal fine, nel 2009, è stata avviata una specifica sperimentazione, che ha coinvolto inizialmente quattro ASL a cui nel 2010 si sono aggiunte altre 3 ASL.

Le prime 4 ASL (Brescia, Milano, Milano 2, Monza-Brianza) nel 2010 sono passate da un sistema informatico locale, specifico di ASL, ad un sistema regionale che ha riorganizzato, semplificandole, le modalità prescrittive ed erogative dei dispositivi.

È stato quindi raggiunto il primo obiettivo di semplificazione ottenuto attraverso l'informatizzazione dei processi. Viene prorogata a tutto il 2011 la fase di sperimentazione, estendendola alle altre 8 ASL rimanenti (Bergamo, Como, Cremona, Lodi, Mantova, Pavia, Sondrio, Vallecronica) con l'obiettivo di arrivare, al termine, alla diffusione di questo nuovo modello organizzativo a tutto il territorio regionale.

(12) Ad integrazione della presente deliberazione vedi la *Delib.G.R. 30 marzo 2011, n. 9/1479* e la *Delib.G.R. 28 luglio 2011, n. 9/2057*.

Allegato 9 **Psichiatria e NPIA ⁽¹³⁾**

Psichiatria

1) Si stabilisce per il 2011 la destinazione all'area della tutela della salute mentale di risorse aggiuntive pari a Euro 15 milioni che verranno utilizzate per la prosecuzione dei programmi innovativi triennali, territoriali e formativi, avviati nel 2009 e per la definizione di nuovi progetti di rilevanza regionale, con particolare riguardo allo sviluppo di iniziative finalizzate alle dimissioni dei pazienti lombardi ricoverati negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari.

2) In previsione dell'avvio del nuovo sistema Informativo si richiama l'impegno degli erogatori a garantire la completezza dei dati (non superando il 3% sui dati valorizzati di missing per i codici ICD 10 e i codici fiscali degli assistiti) e delle ASL a verificare l'appropriatezza degli interventi erogati, anche attraverso indicatori definiti, con particolare attenzione a specifiche aree di criticità per il sistema che con successiva comunicazione verranno indicate.

3) Per quanto riguarda le attività territoriali erogate dai Centri Psico-Sociali (CPS), cruciali per la promozione della psichiatria di comunità auspicata dal Piano Regionale Salute Mentale, si invitano le Aziende Sanitarie e le Aziende Ospedaliere a prestare particolare impegno al raggiungimento degli obiettivi indicati di seguito, garantendo livelli di risorse umane multiprofessionali (psichiatri, psicologi, infermieri, educatori e assistenti sociali) coerenti con la numerosità degli utenti in cura:

a. incrementare il rapporto con la medicina di base, aumentando il tasso di pazienti con disturbi emotivi comuni che ricevono il percorso di cura «consultazione» nei CPS;

b. fornire interventi strutturati di sostegno alle famiglie dei pazienti con disturbi mentali gravi;

c. aumentare l'accessibilità dei CPS ai pazienti di età compresa tra i 18 e i 34 anni, sviluppando specifici percorsi di cura di per il trattamento dei disturbi mentali in questa fascia di età (progetti di intervento precoce) che mirino a una forte integrazione degli interventi psichiatrici, psicoterapici e sociali (con particolare attenzione all'inserimento lavorativo);

d. sviluppare modalità organizzative di lavoro che mirino all'integrazione tra le diverse figure professionali e alla flessibilità nelle scelte organizzative;

e. implementare il case management soprattutto nel trattamento dei disturbi mentali gravi;

f. sviluppare il governo clinico dell'attività territoriale per migliorare la qualità della cura, attraverso l'utilizzo di strumenti quali gli audit clinici e un miglior uso delle informazioni del sistema informativo all'interno della routine clinica dei CPS.

Si invitano le ASL ad avviare un'azione di monitoraggio sulle attività erogate dai CPS con l'obiettivo di verificare la situazione attuale anche nella prospettiva di una miglior definizione a livello regionale dei requisiti di accreditamento dei servizi territoriali per la salute mentale.

4) Relativamente all'area della residenzialità psichiatrica:

a. Si richiama l'impegno alla riduzione del flusso 43/SAN relativo a ricoveri effettuati in posti residenziali, regionali ed extraregionali, non a contratto. Si invitano le ASL a stipulare con le strutture di cui sopra contratti provvisori di durata massima annuale da formulare entro il termine previsto per la definizione dei contratti e da verificare e rivalutare trimestralmente.

b. Le ASL sono tenute in particolare a monitorare l'invio in strutture extraregionali e a censire le strutture residenziali autorizzate e/o accreditate del sistema sanitario e sociosanitario che sul proprio territorio possiedano requisiti idonei e disponibilità all'accoglimento di alcune delle tipologie di pazienti più frequentemente assistiti nelle strutture extraregionali (pazienti con diagnosi complesse, ad alto rischio comportamentale – ad esempio anoressia e bulimia – e/o con problemi di comorbidità, pazienti con importanti problematiche socio-sanitarie, pazienti con provvedimenti giudiziari). Oggetto di particolare attenzione dovrà essere anche la durata dei ricoveri in corso.

c. Si richiama l'impegno delle ASL, espresso dalla *Delib.G.R. n. 8/5743 del 31 ottobre 2007*, a verificare con gli erogatori l'appropriatezza dei ricoveri nelle strutture residenziali dei pazienti provenienti dagli ex Ospedali Psichiatrici.

Qualora per questi risultasse più appropriato il ricovero in strutture socio-sanitarie le ASL sono tenute, previa verifica dell'equilibrio complessivo di sistema con la D.G. Sanità e la D.G. Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale, a individuare le strutture più idonee alle esigenze dei pazienti e dei loro familiari e ad autorizzare il ricovero secondo le norme vigenti del sistema socio-sanitario e le risorse finanziarie disponibili.

d. Si invitano le ASL a monitorare i programmi residenziali a bassa intensità riabilitativa che presentano degenze prolungate valutando l'eventuale carico socio-sanitario e, in analogia con quanto disposto relativamente ai ricoveri in struttura residenziale psichiatrica di pazienti provenienti dagli ex Ospedali Psichiatrici, a individuare soluzioni più idonee in coerenza con le norme vigenti del sistema sociosanitario e le risorse finanziarie disponibili.

e. Si conferma la possibilità, anche al fine di ridurre il flusso 43/SAN, di stipulare, previa verifica con la D.G. Sanità dell'equilibrio complessivo di sistema, nuovi contratti con strutture residenziali a media assistenza (CPM) già accreditate e non a contratto.

f. Per quanto riguarda l'alta intensità riabilitativa e assistenziale (CRA, CRM, CPA) rispetto a cui è previsto il blocco dei contratti (fatto salvo quanto disposto dalla *Delib.G.R. n. 8/9173 del 30 marzo 2009*) è possibile stipulare contratti:

- con strutture accreditate al 1° ottobre 2010 che mettano a disposizione almeno il 50% dei propri posti per programmi rivolti a pazienti con diagnosi complesse, ad alto rischio comportamentale e/o con problemi di co-morbidità con l'obiettivo prioritario di riportare in strutture regionali soggetti attualmente ricoverati fuori regione;

- con strutture che accolgano pazienti lombardi dimessi dagli Ospedali Psichiatrici Giudiziari secondo quanto previsto dall'accordo sancito tra Governo e Regioni in coerenza con quanto disposto dal *D.P.C.M. 1° aprile 2008*.

g. Per quanto riguarda i programmi di residenzialità leggera, fatta salva la prevista possibilità di stipulare, previa verifica con la D.G. Sanità dell'equilibrio complessivo di sistema, nuovi contratti, le ASL sono tenute a formulare, entro il termine previsto per la definizione dei contratti, una previsione del fabbisogno per il 2011.

h. Si invitano infine le ASL a verificare che le strutture residenziali garantiscano l'intero percorso riabilitativo degli ospiti utilizzando i diversi livelli di intensità riabilitativa (dalla alta alla media e dalla media alla bassa intensità) previsti dalle disposizioni regionali.

Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (NPIA)

Si conferma anche per il 2011 la possibilità per le ASL di attivare, a fronte di esigenze cliniche documentate sulla base di valutazioni epidemiologiche e con risorse aggiuntive non storicizzabili, specifici progetti per l'area della neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza finalizzati allo sviluppo di interventi coordinati tra più servizi di NPIA sul territorio di una stessa ASL, a programmi di miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi oltre che a percorsi diagnostico terapeutici mirati alle aree di particolare criticità come il trattamento delle acuzie nell'adolescenza. La presentazione dei progetti (siano essi nuovi o prosecuzione di progetti precedentemente avviati) dovrà avvenire entro il 28 febbraio 2011, mentre la rendicontazione periodica degli stessi avverrà con modalità che saranno precisate con successiva comunicazione.

Riguardo all'area dell'adolescenza è importante che siano strutturati in ogni Azienda Ospedaliera e ASL percorsi operativi di intervento che coinvolgano le diverse Unità Operative, individuando modalità innovative di trattamento per tale fascia di età e garantendo le necessarie integrazioni con le Unità Operative di Psichiatria, in particolare in collegamento con i progetti di intervento precoce già avviati nei DSM.

Particolare attenzione andrà conseguentemente dedicata all'adeguamento e consolidamento del sistema integrato di servizi di NPIA, secondo quanto indicato nelle Linee di Indirizzo per la Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza.

Appare inoltre opportuno prevedere che nell'ambito dei progetti innovativi si individuino iniziative residenziali a carattere sperimentale per minori soggetti a provvedimenti di giustizia e per minori affetti da patologia complessa.

Con successiva comunicazione verranno fornite indicazioni aggiuntive sulle modalità di registrazione delle prestazioni erogate dalle UONPIA, anche al fine di prevedere nuove modalità di monitoraggio e di finanziamento delle attività.

(13) Ad integrazione della presente deliberazione vedi la *Delib.G.R. 30 marzo 2011, n. 9/1479* e la *Delib.G.R. 28 luglio 2011, n. 9/2057*.

Il D.P.C.M. 1° aprile 2008 ha disciplinato, in attuazione della legge 244/2007 (Legge finanziaria 2008) le modalità, i criteri e le procedure per il trasferimento al SSN delle funzioni sanitarie, delle risorse finanziarie, dei rapporti di lavoro, delle attrezzature, arredi e beni strumentali relativi alla sanità penitenziaria.

Modifiche al modello organizzativo per l'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari per adulti in attuazione della Delib.G.R. n. 8/8120 del 1° ottobre 2008.

La struttura organizzativa sanitaria vigente in ciascun istituto Penitenziario, così come definita dal Provveditorato Regionale è modificata secondo le indicazioni contenute nell'allegato Schema 10A, che sostituisce quello contenuto nel decreto n. 6270 del 23 giugno 2009.

Rapporti di lavoro

Nel corso del 2011 le aziende ospedaliere dovranno provvedere all'adeguamento dei compensi degli infermieri e dei medici incaricati e SIAS che sono passati in carico al SSN, e che

fino all'entrata in vigore del D.P.C.M. 1° aprile 2008 erano in carico alla amministrazione della Giustizia ai sensi della legge 740/1970.

Allo stesso personale dovranno essere corrisposti eventuali arretrati dal 2008 al presente, calcolati secondo le modalità vigenti prima del trasferimento.

Nel caso in cui l'Azienda Ospedaliera avesse già provveduto sua sponte ad aumentare i compensi dei medici in oggetto, l'adeguamento potrà essere effettuato solo se l'aumento già riconosciuto fosse inferiore a quello previsto dalla presente norma.

Trasferimento locali

L'articolo 4 comma 1 del D.P.C.M. 1 aprile 2008 dispone che «le attrezzature, gli arredi, i beni strumentali afferenti alle attività sanitarie di proprietà del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e del Dipartimento della Giustizia Minorile del Ministero della giustizia, così come elencati (...) in apposito inventario redatto dal Ministero della giustizia e trasmesso alle singole regioni e da esse convalidato con apposito atto formale, vengono trasferiti, in base alle competenze territoriali, alle Aziende sanitarie locali, con la sottoscrizione di un verbale di consegna.».

Il lavoro di ricognizione dei locali è stato effettuato da tutti gli istituti di pena lombardi, che singolarmente hanno trasmesso copia delle risultanze di tale ricognizione alle Aziende Ospedaliere di riferimento.

Non appena la Regione avrà ricevuto dal Ministero la comunicazione relativa all'inventario dei locali, come disposto dal D.P.C.M., la Regione Lombardia, per tramite della Direzione Generale Sanità, provvederà alla formale di presa d'atto e convalida dell'inventario stesso.

Minori

Nel corso del 2011 Regione Lombardia provvederà, in collaborazione con gli enti ed i professionisti del settore, alla stesura di un documento di orientamento contenente indicazioni per i percorsi clinici relativi alla attività sanitaria rivolta a soggetti sottoposti a procedimento penale presso i Tribunale per i Minorenni.

OPG

Con riferimento al *D.P.C.M. 1 aprile 2008*, secondo l'accordo sancito tra Governo e Regioni (Conferenza Unificata del 16 novembre 2009), sono stati ridefiniti i bacini di utenza dei singoli OPG, per cui a Castiglione delle Stiviere afferiscono gli utenti maschi di Lombardia, Piemonte e Valle d'Aosta, e le utenti delle regioni del centro-nord.

La Lombardia, che ha maggior numero di persone ricoverate nei diversi OPG italiani, ha definito un proprio progetto per il conseguimento dell'obiettivo previsto delle dimissioni con le modalità, i tempi e le risorse necessarie, anche attivando presso la DGS un gruppo di lavoro specifico (cfr. documento «Progetto OPG – Regione Lombardia», maggio 2010/rev. 15 giugno 2010).

Esso considera i programmi da realizzare per i pazienti lombardi dimissibili sia dall'OPG Castiglione delle Stiviere sia da quello di Reggio Emilia e dagli altri OPG, nonché quelli relativi ai pazienti piemontesi, nel rispetto dell'informazione e condivisione dei progetti di trasferimento e inclusione nel tessuto assistenziale regionale delle persone affette da disturbi mentali e soggette a provvedimenti di giustizia, anche al fine di definirne priorità temporali ed eventuali criticità.

Tenendo conto delle difficoltà, spesso legate agli aspetti sociali e familiari, a reinserire la maggior parte dei pazienti al loro domicilio e della necessità di fornire ai DSM strumenti idonei a farsene carico, tale progetto articolato coinvolge la Regione, le ASL con gli OCSM e i DSM lombardi, e in particolare il DSM dell'A.O. Poma di Mantova, sia utilizzando più ampiamente risorse già presenti nel sistema sia attivando nuovi servizi, se necessario anche ipotizzando forme assistenziali innovative che forniscano adeguate risposte ai bisogni specifici dei pazienti.

Come capofila del bacino di utenza dell'OPG Regione Lombardia, per tramite della Direzione Generale Sanità, provvederà a mantenere il coordinamento con le Regioni afferenti al bacino stesso, ovvero Piemonte e Valle d'Aosta, affinché provvedano al recupero sul territorio dei pazienti ricoverati in OPG residenti nelle loro regioni e dimissibili.

L'OPG di Castiglione delle Stiviere coordinerà i programmi relativi ai pazienti ricoverati negli OPG valutati idonei alla dimissione, operando in collaborazione con il Gruppo di lavoro OPG della DGS.

A tale scopo l'OPG di Castiglione d. St. fungerà da snodo per i progetti inerenti sia il rientro dei pazienti lombardi inseriti negli altri OPG italiani sia la dimissibilità dei ricoverati con residenza

lombarda, piemontese o valdostana dell'OPG di Castiglione. Dovrà pertanto provvedere entro il 15 gennaio 2011 alla puntuale e tempestiva segnalazione dei nominativi dei pazienti alle regioni ed alle ASL lombarde competenti territorialmente, ed avrà il compito di monitorare costantemente le presenze di ricoverati afferenti al bacino di Castiglione presso altri OPG italiani, oltre che di segnalare alle ASL i nominativi di nuovi casi oggetto di misure giudiziarie.

Allo stesso modo le ASL e i DSM delle A.O. lombarde dovranno intensificare la collaborazione con l'OPG lombardo per la programmazione del reinserimento nel territorio dei pazienti lombardi presenti sia a Castiglione delle Stiviere che negli altri OPG italiani.

I Direttori sanitari delle ASL provvederanno, entro il 28 gennaio 2011 ad inviare, per il tramite delle Direzioni Sanitarie delle A.O., ad ogni Dipartimento di Salute Mentale l'elenco dei residenti nell'area di competenza che risultano inseriti presso gli OPG italiani, con l'indicazione, se già individuata dalle strutture di provenienza, della loro dimissibilità valutata in accordo con la Direzione dell'OPG di Castiglione.

I DSM concorderanno con l'OPG di Castiglione i programmi delle attività relative ai ricoverati in OPG valutati dimissibili, di cui all'elenco summenzionato, con indicazione sintetica dei percorsi personalizzati, individuati o previsti e con relativa tempistica, inviandone relazione entro il 28 febbraio 2011 alla attenzione del Direttore Generale dell'OPG di Castiglione delle Stiviere, che a sua volta provvederà a trasmetterne copia (con dati anagrafici anonimizzati per motivi di privacy) alla Direzione Generale Sanità entro il 15 marzo 2011.

La «Struttura per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza in regime di Licenza Esperimento e per l'Esecuzione Penale Esterna della Libertà Vigilata» (SLiEV) realizzata nel territorio di Castiglione delle Stiviere allo scopo di rispondere all'esigenza di una fase di accoglimento e di osservazione clinica propedeutica a successivi passaggi verso un reinserimento sociale degli utenti lombardi già internati in OPG e di difficile accoglimento a scadenza della Misura di Sicurezza nei DSM della Lombardia, avrà il compito primario di accogliere e ricoverati alla data del 31 dicembre 2010 presso l'OPG di Reggio Emilia e con residenza nel bacino Lombardia-Piemonte-Valle d'Aosta. Tale struttura potrà altresì essere utilizzata in favore dei programmi di dimissione dei pazienti lombardi ricoverati all'OPG di Castiglione. Essa viene realizzata con la collaborazione attiva della A.O. C. Poma di Mantova, mediante la attivazione di 20 nuovi posti tecnici entro il 2010 e di altri 20 entro i primi mesi del 2011, con la possibilità di ulteriori ampliamenti in seguito.

Il progetto regionale prevede in particolare per il 2011 un programma, che dovrà essere scandito secondo una serie di tappe, con l'obiettivo di:

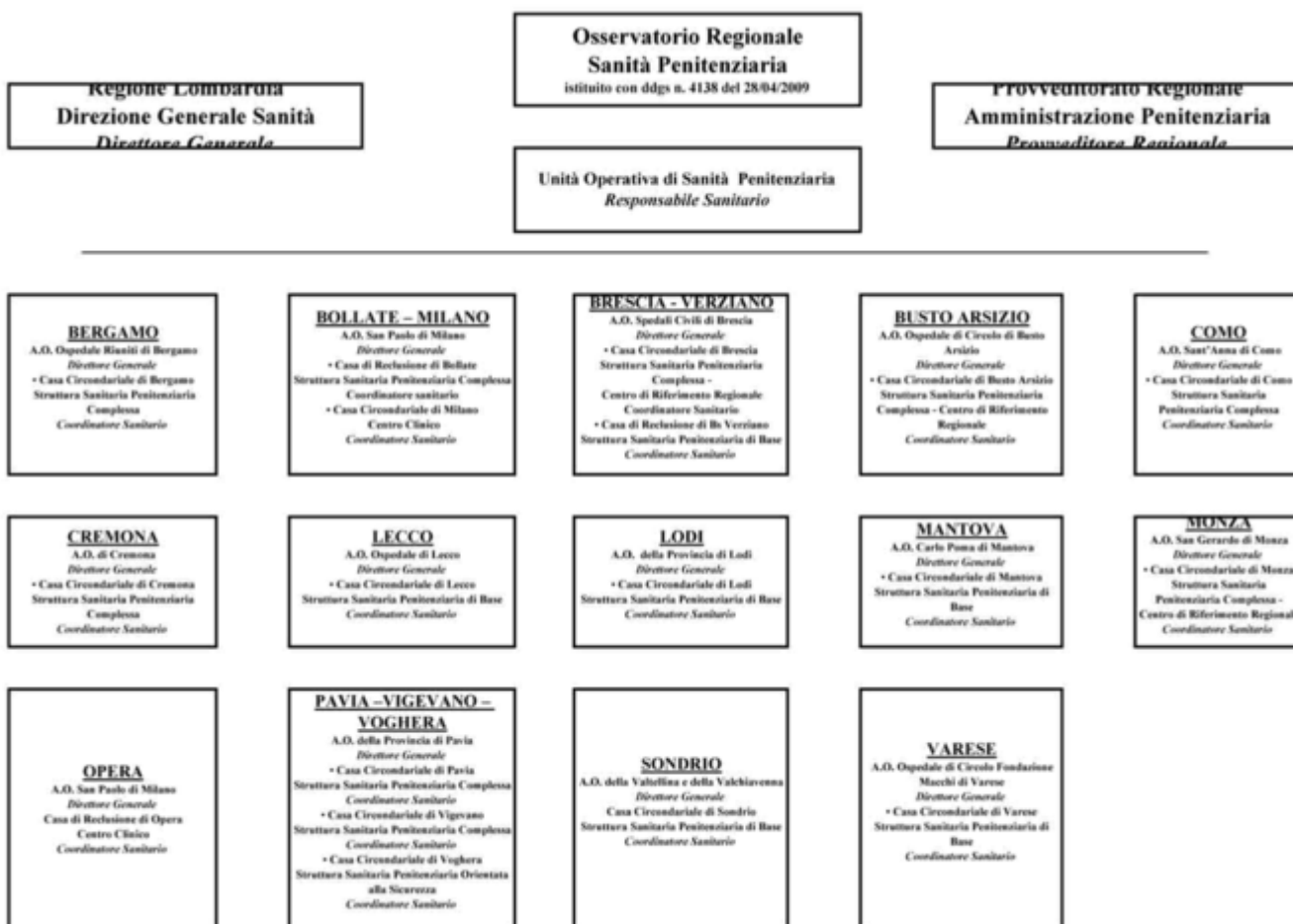
- programmare la dimissione da Castiglione dei pazienti provenienti dal Piemonte valutati dimissibili, oltre che dagli altri OPG, in accordo con la Regione Piemonte e coinvolgendo i DSM interessati;
- proseguire le azioni in tutte le ASL lombarde, al fine di programmare la graduale dimissione e l'adeguato inserimento nel territorio o in idonee strutture residenziali del territorio degli utenti dimissibili dai diversi OPG, tramite riunioni operative in sede OCSM con la Direzione dell'OPG di Castiglione;
- prevedere quindi l'attuazione delle dimissioni degli utenti lombardi ricoverati, che necessitano di inserimento in apposite strutture residenziali, secondo una ampia progettualità sperimentale (con adattamento dei moduli riabilitativi-assistenziali) e programmando l'inserimento dei pazienti nel sistema assistenziale lombardo con il reperimento di strutture pubbliche o private, in diversi ambiti territoriali, con una mission aperta a programmi di assistenza e riabilitazione di pazienti autori di reato;
- le provvidenze strutturali si accompagnano alle maggiori disponibilità di risorse residenziali, previste dal punto sulla residenzialità psichiatrica: per l'inserimento la procedura di invio da parte dei DSM va condivisa dalla Direzione dell'OPG di Castiglione e autorizzata dall'ASL di competenza: ciò ai fini della realizzazione pratica della progettualità citata sopra per l'inserimento in tutto il territorio regionale degli utenti dimissibili;
- promuovere azioni a salvaguardia di alcuni principi:
 - i) la creazione, all'interno dei DSM e dei diversi enti e servizi interessati, di una cultura e di una formazione che contempli lo sviluppo delle capacità, da parte di dirigenti e operatori, di realizzare programmi terapeutico-riabilitativi in favore di pazienti autori di reato, anche prevedendo a livello regionale opportuni progetti formativi;

ii) l'osservanza del principio che le dimissioni dei pazienti da tutti gli OPG avvengano solo sulla base di progetti condivisi tra OPG e DSM secondo linee guida definite;

iii) il rispetto dei limiti massimi di capienza nell'OPG di Castiglione e delle modalità di invio dei pazienti pienamente coerenti con la normativa vigente.

(14) Ad integrazione della presente deliberazione vedi la *Delib.G.R. 30 marzo 2011, n. 9/1479* e la *Delib.G.R. 28 luglio 2011, n. 9/2057*.

Allegato 10A ⁽¹⁵⁾



(15) Ad integrazione della presente deliberazione vedi la *Delib.G.R. 30 marzo 2011, n. 9/1479* e la *Delib.G.R. 28 luglio 2011, n. 9/2057*.

Allegato 11

Tariffe prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale ⁽¹⁶⁾

Valore del Punto DRG

Relativamente al costo del punto DRG si ricorda che per l'esercizio 2010 si era ritenuto di prevedere, in considerazione dell'andamento dei costi correnti di gestione, un incremento medio del valore del punto DRG pari al 2,7%, con l'aggiunta di un ulteriore 1,5% a titolo di contributo una tantum, mai precedentemente corrisposto in altra forma, finalizzato e condizionato a chiudere in via definitiva la quantificazione economica prevedibile delle partite pregresse relative agli arretrati 2006/2007 dei contratti di lavoro. L'incremento del 2,7% del costo per punto è stato sufficiente a coprire sia i costi attualmente a regime di tutti i fattori produttivi, sia gli accantonamenti previsti per i rinnovi contrattuali non ancora conclusi.

Relativamente all'esercizio 2011, in considerazione del valore dell'inflazione reale rilevato dall'ISTAT nel mese di settembre 2010, si ritiene di dover aggiungere al sopra ricordato incremento del 2,7% un incremento del 1,6% con il risultato di avere, rispetto al tariffario oggi vigente, un incremento dello 0,1% del costo per punto DRG. Si rileva inoltre che le tariffe 2011 così individuate, di cui all'*allegato 11A*, a decorrere dai dimessi dal 1° gennaio 2011, sono adeguate ai costi di gestione ed alle vigenti disposizioni normative in tema di rinnovi contrattuali.

Macroattività di chirurgia ambulatoriale a bassa complessità operativa ed assistenziale

Si stabilisce che a partire dalle prestazioni erogate dal 1° dicembre 2010, anche in caso di eventuale accettazione da pronto soccorso, le prestazioni di cui all'*allegato A della Delib.G.R. n. 8/10804 del 16 dicembre 2009* non avranno l'incremento del 25% previsto per le prestazioni di Pronto Soccorso seguite da dimissione del paziente e rendicontate con il flusso informativo di cui alla circolare 28 SAN.

Dialisi extracorporea in costanza di ricovero ordinario

Nel corso del 2010 in seguito ad osservazioni e richieste poste dal direttivo della sezione lombarda della Società Italiana di Nefrologia sono state fatte delle valutazioni relativamente al numero delle prestazioni di emodialisi effettuate a pazienti ricoverati, al loro peso sui costi complessivi del ricovero ed alla eventuale necessità di individuare una modalità integrativa per il loro finanziamento.

L'affronto e la soluzione di questo problema non possono essere disgiunti dall'influenza che hanno i codici ICD9-CM di insufficienza renale acuta e cronica sulla attribuzione dei DRG, dal tema della corretta codifica della scheda di dimissione ospedaliera (nello specifico ci si riferisce alle regole in vigore per la corretta codifica di eventuali complicanze e/o comorbidità) e dal fatto che le variabili oggi contenute nella SDO non permettono di conoscere il numero esatto delle procedure effettuate nel corso del ricovero.

È noto che le diagnosi di insufficienza renale cronica o acuta non complicano tutti i DRG e che, comunque, le diagnosi cosiddette complicanti devono essere indicate nella SDO solo nel caso in cui le stesse comportino un incremento significativo della durata di degenza ed un maggiore utilizzo di risorse diagnostiche e/o terapeutiche rispetto al caso non complicato.

Ne risulta quindi che i ricoveri nel corso dei quali vengono effettuate delle prestazioni di emodialisi non sempre ricadono nella fattispecie di corretta codifica di diagnosi complicante il DRG in quanto:

- la condizione di insufficienza renale non sempre prolunga la degenza in modo significativo;
- la condizione di insufficienza renale quando «complica» realmente il DRG comporta delle modifiche significative del quadro clinico nel suo complesso incidendo sul decorso del ricovero con un impatto ben maggiore di quello che possono avere le sole prestazioni aggiuntive di emodialisi.

Sulla base delle valutazioni sopra espresse si ritiene quindi che le attività di emodialisi effettuate nel corso del ricovero siano meritevoli di un finanziamento aggiuntivo rispetto a quello del DRG e che, a decorrere dai pazienti dimessi dal 1° gennaio 2011, le stesse, quando effettuate nel corso di ricoveri ordinari (acuti e riabilitativi) con degenza maggiore di 4 giorni, possano essere rendicontate, con la stessa modalità in uso per le altre prestazioni di dialisi, dal soggetto erogatore accreditato ed a contratto che le eroga, con il debito informativo delle prestazioni ambulatoriali di cui alla circolare 28 SAN utilizzando il codice 39.95.A (emodialisi extracorporea in costanza di ricovero secondo le indicazioni di cui alla d.g.r ... (verrà pubblicata la dizione con il numero di questa deliberazione di Giunta approvata) con tariffa di 115 euro.

Considerato che questa nuova regola di finanziamento rappresenta un'eccezione rispetto alla impossibilità di erogare prestazioni ambulatoriali nel corso del ricovero si ritiene che le ASL prestino una particolare attenzione, in sede di controllo, all'andamento che avrà nel 2011 l'implementazione di questa nuova regola.

Le prestazioni ambulatoriali

Nel corso del 2010 si sono tenuti presso la D.G. Sanità degli incontri con i rappresentanti regionali delle tre società scientifiche AIGO (Associazione Italiana Gastroenterologi ed Endosco-pisti Digestivi Ospedalieri), SIED (Società Italiana di Endoscopia Digestiva) e SIGE (Società Italiana di Gastroenterologia) durante i quali si è discusso di alcune problematiche emergenti relative alle attività di endoscopia digestiva.

In particolare si è discusso delle metodiche di Video Endoscopia Capsulare e di Enteroscopia con doppio pallone che sono diventate negli ultimi tempi delle attività sufficientemente diffuse nella pratica clinica e che necessitano, proprio per questo motivo, di avere definiti dei criteri di appropriatezza di indicazione ed una modalità appropriata di erogazione delle prestazioni stesse che di norma non può essere rappresentata nè dal day hospital nè dal ricovero ordinario.

Sulla base di queste considerazioni e tenendo conto della disponibilità data dalle tre società scientifiche a collaborare attivamente con la D.G. Sanità per valutare dal punto di vista quali quantitativo l'impatto sul sistema regionale della introduzione di queste prestazioni, si stabilisce che a decorrere dal 1° gennaio 2011 possano essere prenotate le seguenti prestazioni di specialistica ambulatoriale con i seguenti criteri di appropriatezza di indicazione:

Branca	Nota	Codice	Descrizione	Indicazioni prescrittive	Tariffa
GASTR.	IH	45.13.1	ENTEROSCOPIA CON MICROCAMERA INGERIBILE (VCE)	Sanguinamento intestinale oscuro (persistente o ricorrente, con EGDS e colonscopia negative). Sospetta m. di Crohn digiuno-ileale (con alte indagini non conclusive). Follow up di sindromi poliposiche. Malattia celiaca refrattaria / sospetto linfoma	€ 850,00
GASTR.	IH	45.13.A	ENTEROSCOPIA PER VIA ANTEROGRADA con pallone (BAE)	Integrazione di VCE, enterico TC, enterico RM, ecografia con studio delle anse	€ 750,00
GASTR.	IH	45.13.B	ENTEROSCOPIA PER VIA ANTEROGRADA con pallone (BAE) CON BIOPSIA	Integrazione di VCE, enterico TC, enterico RM, ecografia con studio delle anse	€ 850,00
GASTR.	IH	45.23.A	ILEOCOLONSCOPIA PER VIA RETROGRADA con pallone (BAE)	Integrazione di VCE, enterico TC, enterico RM, ecografia con studio delle anse	€ 750,00
GASTR.	IH	45.23.B	ILEOCOLONSCOPIA PER VIA RETROGRADA con pallone (BAE) CON BIOPSIA	Integrazione di VCE, enterico TC, enterico RM, ecografia con studio delle anse	€ 850,00

Per quanto riguarda le attività afferenti alla branca della Diagnostica per Immagini, in particolare prestazioni TAC ed RMN, si dà mandato alla D.G. Sanità di istituire un tavolo di lavoro, che coinvolga i rappresentanti dei medici radiologi ed i rappresentanti degli erogatori, che abbia come obiettivo, entro il 30 maggio 2011, di definire delle linee di indirizzo relativamente alla prescrizione, all'utilizzo appropriato ed alla programmazione territoriale di queste tecnologie, soprattutto considerando i diversi livelli di potenza diagnostica delle tecnologie stesse.

Prestazioni di ricovero extrabudget

La *Delib.G.R. n. 9/621 del 13 ottobre 2010* ha stabilito, a decorrere dai dimessi dal 1° ottobre 2010, di prevedere che le SDO afferenti a DRG chirurgici con diagnosi principale 225XX (tumori benigni del Sistema Nervoso Centrale) debbano integrare l'elenco delle prestazioni remunerate a consuntivo sulla base di quanto effettivamente erogato di cui all'*Allegato 14 della citata Delib.G.R. n. 8/10804 del 16 dicembre 2009*.

A seguito di ulteriori valutazioni effettuate nel merito di questa casistica si ritiene che a partire dai dimessi dal 1° gennaio 2011 le prestazioni di ricovero remunerate a consuntivo sulla base di quanto effettivamente erogato di cui all'*Allegato 14 della citata Delib.G.R. n. 8/10804 del 16 dicembre 2009* siano integrate con i seguenti codici di diagnosi principale:

2273, 2274, 2374, 2375, 2376, 23770, 23771, 23772, 2379, 22801, 22802, 22809, 2130, 2132.

Cheratocono e Cross Linking Corneale

La *Delib.G.R. n. 9/621 del 13 ottobre 2010* ha introdotto tra le attività afferenti alla «macroattività chirurgica a bassa complessità operativa ed assistenziale» il CROSS LINKING CORNEALE includendo nelle attività remunerate con la medesima tariffa di 1.000,00 euro la prima visita, gli esami pre operatori di arruolamento, l'intervento e le visite di controllo entro i dodici mesi. Valutazioni più approfondite relativamente all'impegno della sala operatoria ed al costo delle attività diagnostiche di arruolamento individuano una non adeguata copertura dei costi sostenuti per concludere l'intero percorso di trattamento. Si prende atto di questa valutazione, che potrebbe limitare l'accesso dei pazienti a questa procedura terapeutica, e si stabilisce che più adeguatamente dal 1° gennaio del 2011 la tariffa per questo percorso diagnostico terapeutico sia pari a 1.850,00 euro. Le ASL nel corso del 2011 dovranno porre la massima attenzione affinché le strutture che erogano questa prestazione rispettino in pieno la logica di remunerazione a pacchetto dell'intero percorso di diagnosi, terapia e follow up e che quindi per lo stesso paziente non espongano a carico del SSN altre prestazioni se non quella a codice 11.99.7 la cui tariffa rimborsa l'intero percorso così come è stato individuato all'*allegato 1 della citata Delib.G.R. n. 9/621 del 2010*.

(16) Ad integrazione della presente deliberazione vedi la *Delib.G.R. 30 marzo 2011, n. 9/1479* e la *Delib.G.R. 28 luglio 2011, n. 9/2057*.

Allegato 11 A
Tabella DRG ⁽¹⁷⁾

Scarica il file

(17) Ad integrazione della presente deliberazione vedi la *Delib.G.R. 30 marzo 2011, n. 9/1479* e la *Delib.G.R. 28 luglio 2011, n. 9/2057*.

Allegato 12
Attività di controllo e tempi di attesa ⁽¹⁸⁾

Premessa

Viene confermata la necessità che per l'anno 2011 le direzioni strategiche delle ASL diano la massima priorità, in termini di programmazione e di risorse dedicate, alla attuazione delle disposizioni progressivamente introdotte dalla Giunta Regionale con le *Delib.G.R. n. 8/4799 del 30 maggio 2007*, *Delib.G.R. n. 8/8501 del 26 novembre 2008*, *Delib.G.R. n. 8/9014 del 20 febbraio 2009*, *Delib.G.R. n. 8/9581 dell'11 giugno 2009*, *Delib.G.R. n. 8/10804 del 16 dicembre 2009* e *Delib.G.R. n. 9/621 del 13 ottobre 2010*.

Il Ministero competente in data 10 dicembre 2009 ha emanato un apposito decreto «Controlli sulle cartelle cliniche», pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 122 del 27 maggio 2010, che con il presente atto viene adottato dalla Regione Lombardia.

Il Piano dei controlli, previsto dalla *Delib.G.R. n. 7/15324 del 2003*, è il principale strumento di programma di cui le ASL dispongono per declinare nel concreto le linee di intervento a supporto della mission aziendale e per integrare tra loro le varie linee di intervento per tutte le aree oggetto di controllo.

Le ASL entro il 31 gennaio 2011 devono predisporre ed inviare obbligatoriamente su supporto magnetico non modificabile alla D.G. Sanità il piano dei controlli relativo all'esercizio 2011. Si ricorda l'obbligo dell'invio mensile, da parte delle ASL, del flusso informativo relativo alle attività di controllo. Con decorrenza dall'esercizio 2011, secondo il formato che sarà indicato dalla D.G. Sanità con apposita circolare entro il 31 dicembre 2010, le ASL dovranno mensilmente trasmettere le informazioni relative alle diffide ed alle sanzioni amministrative. I responsabili delle ASL dovranno comunque comunicare prontamente alla Direzione Generale Sanità ogni evento di particolare rilevanza in merito ai controlli.

Si ribadisce, come già indicato per l'anno 2010, che vengono superate le tempistiche e le modalità relative alla produzione delle controdeduzioni da parte del soggetto erogatore ed al successivo riscontro della ASL alle stesse, previste dalla Delib.G.R. n. 7/12692 del 10 aprile 2003 «Modalità di attuazione dei controlli e gestione delle pratiche oggetto di controdeduzioni». Valgono i tempi e di modi previsti dalla *legge 689/81 (articolo 18)* e s.m.i. Le ASL dovranno riscontrare le controdeduzioni nel rispetto dei tempi previsti dalla *legge 241/90* e s.m.i.

I disposti della *Delib.G.R. n. 8/4799 del 30 maggio 2007*.

Si ricordano di seguito, tra le altre, alcune delle indicazioni fornite dalla già citata *Delib.G.R. n. 8/4799 del 30 maggio 2007*:

- la non obbligatorietà del preavviso della visita ispettiva a suo tempo definito in 48 ore «lavorative» dalla *Delib.G.R. n. 7/8078 del 18 febbraio 2002*; con questa indicazione si intende che l'eventuale preavviso non può essere inoltrato dalla ASL alla struttura prima delle 48 ore precedenti il controllo e che il preavviso non è più da considerarsi un obbligo;
- l'assenza della limitazione di tipologia di controllo (appropriatezza o congruenza della codifica) sulla stessa pratica;
- il superamento di quanto previsto dalla Delib.G.R. n. 7/12692 del 10 aprile 2003 alla voce «calendarizzazione dei controlli», dando la priorità alla verifica delle attività erogate nel corso dell'esercizio di cui non sono state ancora saldate le attività che si individua con il periodo che va dal 1° gennaio di un anno al 28 febbraio dell'anno seguente;
- la non sospensione del controllo a seguito di «interpello» alla Direzione Generale Sanità, così come previsto dalla circolare 37/SAN/2003, privilegiando, nel caso di contestazione, l'interpretazione conservativa della modalità di codifica proposta dalla ASL, che deve essere quella prevista dalle linee guida regionali emanate a riguardo della codifica delle prestazioni e che riguarda le procedure consolidate e storicizzate nella pratica clinica e quindi anche utilizzate in sede di rilevazione dei costi e definizione delle tariffe delle prestazioni sia a livello nazionale che regionale;
- l'obbligatorietà dell'estensione del campione a tutta la casistica, nel caso di rilevazione di errori che superano la soglia statistica di significatività;
- dare attuazione, come previsto dalla *L.R. n. 8/2007*, alla sovraterritorialità della funzione di controllo prevedendo che le ASL verifichino le prestazioni a favore di propri residenti erogate da strutture ubicate presso altre ASL, dando atto che la possibilità di maggiore azione anche sul piano territoriale potrà essere una buona garanzia di crescita dell'efficacia delle attività di controllo attraverso anche il confronto tra e con diversi operatori, superando la previsione del d.d.g. Sanità n. 1375/05 e della *Delib.G.R. n. 8/3776 del 13 dicembre 2006* in tema di controlli tra ASL viciniori;
- si raccomanda la massima attenzione all'utilizzo dello strumento interpello che è attivo sul sito della D.G. Sanità. Le risposte fornite dalla Regione ai quesiti posti tramite Interpello sono pareri vincolanti tramite i quali vengono chiariti dubbi relativi all'interpretazione o all'applicazione di normative o disposizioni amministrative già vigenti, garantendo così una applicazione omogenea sul territorio regionale della funzione di controllo delle ASL.

Il ruolo dei NOC

Si ribadisce il contenuto della *legge 689/81* (e dell'*art. 12-bis della legge regionale n. 31/1997*) a riguardo del ruolo del Responsabile NOC che effettui una ispezione.

Il Responsabile dell'ispezione NOC nell'esercizio della specifica funzione è pubblico ufficiale: ha potere autoritativo (potere di imporre alla controparte un «fare», una attività, come ad esempio la sospensione della attività) e un potere certificativo (potere di redigere un verbale). I componenti dell'èquipe di quella specifica ispezione concorrono, per le azioni compiute per le pratiche esaminate, allo svolgimento dell'ispezione stessa.

Nel momento in cui il responsabile dell'ispezione NOC verifica una condotta illecita è tenuto ad applicare le relative sanzioni amministrative per le quali la norma non ammette discrezionalità.

Il verbale di accertamento di condotta oggetto di sanzione amministrativa deve necessariamente contenere i seguenti elementi:

- Data
- Generalità trasgressore (legale rappresentante dell'ente)
- Eventuali responsabili in solido
- Descrizione del fatto
- Indicazione della norma violata
- Indicazione della sanzione

Si conferma la necessità, per l'anno 2011, che almeno il 10% delle attività di ricovero siano soggette a controlli. Una quota fino a 3 punti percentuali dei 10 sopra previsti potrà essere riferita ad attività di autocontrollo effettuate a cura dei soggetti erogatori secondo le modalità di selezione del campione e di verifica dell'autocontrollo effettuati dalle ASL stabilite dalla *Delib.G.R. n. 8/10077 del 2009* e dalla *Delib.G.R. n. 9/621 del 2010*.

Per i restanti 7 punti percentuali si conferma la priorità da riservarsi, da parte delle ASL, alla selezione di tipo mirato della casistica.

Per le attività di specialistica ambulatoriale si ribadisce, per il 2011, una percentuale di controllo pari ad almeno il 3,5% delle pratiche.

Si stabilisce che nel piano dei controlli 2011 le ASL propongano quindi delle azioni quantitativamente e qualitativamente adeguate a riguardo delle attività di controllo summenzionate.

Per quanto riguarda le indicazioni date nel 2009 relativamente alla verifica della presenza sulle impegnative del sospetto/quesito diagnostico e sulle modalità di verifica della presenza nelle cartelle cliniche dei requisiti approvati con la *Delib.G.R. n. 8/9014 del 2009* si confermano per il 2011 le ultime indicazioni date con la *Delib.G.R. n. 8/9581 del 2009* e *Delib.G.R. n. 8/10077 del 2009*.

Le ASL devono inviare alla Direzione Generale Sanità con cadenza mensile gli esiti delle attività di controllo utilizzando il flusso stabilito con *Delib.G.R. n. 7/12692 del 10 aprile 2003*, al fine di consentire alla Direzione Generale Sanità di fornire alle ASL stesse, con cadenza, bimestrale, i dati

aggiornati relativi all'andamento dei controlli rispetto agli erogatori del proprio territorio e alle prestazioni usufruite dai propri residenti in ASL diverse in Regione Lombardia.

Controllo delle attività ambulatoriali

Riprendendo il già ricordato obiettivo minimo del 3,5% di attività ambulatoriali da sottoporre ad attività di controllo, si evidenzia che per questa tipologia di attività, caratterizzata da un alto numero di prescrizioni, pari a circa 40 milioni annui, è assolutamente necessario privilegiare i controlli di tipo statistico formale per verificare l'eventuale occorrenza di situazioni ad alto rischio di opportunismo e/o di errata modalità di erogazione / rendicontazione delle prestazioni.

Per facilitare lo svolgimento di queste attività si confermano le indicazioni già date dalla *Delib.G.R. n. 8/10804 del 16 dicembre 2009*.

Si ribadisce che il cittadino può usufruire delle prestazioni contenute nella stessa ricetta presso la medesima struttura, in momenti diversi, entro un periodo di tempo coerente rispetto al tipo di patologia e di trattamento prescritto, di norma entro 6 mesi dall'effettuazione della prima prestazione. In caso di non

effettuazione di tutte le prestazioni richieste, dovranno essere rendicontate solo le prestazioni effettivamente erogate.

L'art. 1 del Decreto del Ministero Economia e delle Finanze del 17 marzo 2008 «Revisione del decreto ministeriale 18 maggio 2004, attuativo del comma 2 dell'articolo 50 della legge n. 326 del 2003 (Progetto tessera sanitaria), concernente il modello di ricettario medico a carico del Servizio sanitario nazionale. (G.U. n. 86 del 11 aprile 2008 – Suppl. Ordinario n. 89)» riferisce che la prescrizione delle prestazioni sanitarie con onere a carico del Servizio Sanitario Nazionale presso strutture a gestione diretta o accreditate è effettuata esclusivamente mediante l'impiego di ricettari le cui caratteristiche sono fissate dal disciplinare tecnico allegato allo stesso decreto.

Per un puntuale assolvimento dei debiti informativi da inviare entro il 10 di ogni mese al MEF (Ministero Economia e Finanze), in risposta alle esigenze di monitoraggio della spesa sanitaria stabilite dall'art. 50 del decreto legge n. 269/2003 convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, e successive modificazioni, si conferma la necessità che tutte le prestazioni erogate a carico del SSN trovino corrispondenza con quanto prescritto sui ricettari di cui al comma 1, art. 1 del D.M. 17 marzo 2008.

Controlli sul File F – Contabilizzazione

Per quanto riguarda la gestione contabile degli effetti dei controlli alle strutture erogatrici di File F, si precisa che:

- 1) la struttura erogatrice, oggetto del controllo, come da indicazioni regionali vigenti, inserisce nel campo «destinazione record» (posizione 154 file FF1 e posizione 86 del file FF2) il valore M (record modificato a seguito di controlli);
- 2) la ASL riceve mensilmente dalla D.G. Sanità i record di File F ricevuti dagli erogatori e verifica che gli stessi rendicontino correttamente, indicando il valore M, i record controllati e modificati dalle ASL stesse in occasione dei controlli;

3) di conseguenza l'effetto economico dei controlli deve essere correttamente registrato nei record flaggati con la lettera M;

4) i controlli effettuati sul File F 2010 devono chiudersi entro il 28 febbraio 2011 in modo da permettere in tempo utile alla chiusura dell'esercizio la trasmissione dei dati.

Customer Satisfaction

Il sistema dovrà essere orientato all'utilizzo integrato dei dati di customer satisfaction e delle segnalazioni

affinché le informazioni ottenute possano divenire strumenti dell'alta dirigenza in una logica finalizzata alla costruzione di un modello futuro di qualità percepita.

In particolare, con decreto del Direttore Generale Sanità, dovranno essere definite apposite metodologie e strumenti per la realizzazione di un sistema «di ascolto della qualità percepita» nell'ottica di una più ampia valorizzazione del vissuto e della partecipazione del cittadino.

Tempi di attesa

Azioni di governo e programmazione

Entro il 31 gennaio 2011 le ASL predispongono e formalizzano gli aggiornamenti dei Piani attuativi oggi vigenti con l'obiettivo di attualizzarli rispetto ad eventuali nuove priorità e necessità. Le Aziende Ospedaliere e le Fondazioni IRCCS di diritto pubblico dovranno, congruentemente con i Piani Attuativi delle ASL, presentare i Piani semestrali Aziendali di Governo dei Tempi di Attesa (PGTAz) entro il 28 febbraio del 2011 ed entro il 31 luglio del 2011 dovranno presentare i PGTAz relativi al secondo semestre del 2011.

Il monitoraggio dei tempi di attesa

La Direzione Generale Sanità, in adempimento alla *Delib.G.R. n. 8/5743 del 31 ottobre 2007*, dal maggio 2008 sta raccogliendo i dati delle rilevazioni prospettiche mensili attraverso un portale web dedicato, messo a disposizione di tutti gli erogatori, adeguatamente formati, che accedono attraverso ID e Password.

Nel corso del 2011 si prevede di effettuare almeno 12 rilevazioni di prevalenza dei tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero e cura oggetto di monitoraggio.

Si prevede inoltre di individuare, con decreto da effettuarsi a cura della D.G. Sanità, un campione significativo di erogatori, pubblici e privati accreditati, che saranno coinvolti in una rilevazione settimanale dei tempi di attesa con la finalità di avere un monitoraggio sempre più puntuale delle attese che i cittadini devono sostenere per ottenere le prestazioni ambulatoriali e quelle di ricovero e cura. Al fine di poter assolvere agli obblighi informativi di cui al Patto Stato Regioni è necessario fornire delle precisazioni e delle nuove indicazioni relativamente alla compilazione di alcuni campi dei tracciati riferiti ai debiti informativi di cui alla circolare 28/SAN e di cui all'*art. 50 della legge 24 novembre 2003, n. 326* e successive modifiche ed integrazioni.

Si ribadisce la necessità che il campo denominato «identificativo tipo di prestazione» sia obbligatoriamente ed accuratamente compilato nella totalità dei record con l'attenzione, fatte salve le altre codifiche previste per questo campo, di utilizzare il codice O per le prestazioni ordinarie di

1° accesso ed il codice Z per i secondi accessi, i follow up e tutte le prestazioni per le quali non è previsto il monitoraggio del tempo di attesa.

Per quanto riguarda inoltre il campo «classe di priorità» si rende necessario che sia obbligatoriamente ed accuratamente compilato nella totalità dei record.

Al fine di monitorare puntualmente le classi di priorità stabilite dalla Delib.G.R. n. 2828/2006, si prevede, a partire dal 1° gennaio del 2011, di compilare questo campo aggiungendo prioritariamente le seguenti codifiche:

- «On» per le prestazioni afferenti «Area Oncologica»
- «CV» per le prestazioni afferenti all'«Area Cardiovascolare»
- «MI» per le prestazioni afferenti all'«Area Materno Infantile»
- «Ge» per le prestazioni afferenti all'«Area Geriatrica».

In tutti i casi che non ricadono nelle tipologie precedenti, a partire dal 1° gennaio del 2011, si conformano le codifiche già in uso a quelle indicate nel Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa ovvero:

- Attuale codice A (procedura da eseguirsi entro 3 giorni): dovrà essere codificata U (urgente).
- Attuale codice B (procedura da eseguirsi entro 30 giorni per le visite, 60 gg per le prestazioni diagnostiche strumentali): dovrà essere codificata D (differibile).
- Attuale codice C (follow up, da eseguirsi oltre i 60 giorni): dovrà essere codificata P (programmata).

Nel caso in cui la classe di priorità non fosse compilata dal prescrittore si sottintende che la prestazione, per volontà implicita dello stesso, ricade nella categoria P (programmata) e così deve essere compilata dall'erogatore in fase di rendicontazione (sostituisce la precedente categoria X).

Servizi di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale

Il *D.Lgs. 20 dicembre 2007, n. 261* «Revisione del *D.Lgs. 19 agosto 2005, n. 191*, recante attuazione della *Direttiva 2002/98/CE* che stabilisce norme di qualità e di sicurezza per la raccolta, il controllo, la lavorazione, la conservazione e la distribuzione del sangue umano e dei suoi componenti» all'art. 5 (Ispezioni e misure di controllo) prevede che «Le regioni e le province autonome, in attuazione della normativa vigente in materia, organizzano ispezioni e adeguate misure di controllo presso i servizi trasfusionali e le unità di raccolta per verificarne la rispondenza ai requisiti previsti omissis (tali ispezioni) sono eseguite a intervalli di tempo regolari a distanza non superiore a due anni».

La *legge 21 ottobre 2005, n. 219* «Nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale degli emoderivati», all'art. 20 prevede che le Regioni organizzino ispezioni e adeguate misure di controllo presso i servizi trasfusionali e le unità di raccolta per verificarne la rispondenza ai requisiti previsti dalla normativa vigente in materia di autorizzazione ed accreditamento.

Infine la *legge regionale n. 5/2005* (V Piano sangue regionale) all'art. 16, comma 4, indica che «La direzione generale competente in materia di sanità stabilisce modalità e tempi per i controlli e le verifiche ispettive previste dalla normativa in vigore».

In base a quanto sopra quindi le ASL effettueranno visite ispettive su almeno il 50% dei S.I.M.T. presenti sul territorio di competenza per la verifica del mantenimento dei requisiti autorizzativi e di accreditamento; tale attività sarà inserita nel piano dei controlli relativo all'esercizio 2011. Inoltre per ciascuna visita ispettiva effettuata dovrà essere redatta una relazione esaustiva da inviare alla attenzione delle U.O. Programmazione e sviluppo Piani e Governo dei Servizi sanitari e politiche di appropriatezza e controllo della D.G. Sanità della Regione Lombardia. La relazione riassuntiva con cadenza semestrale va comunicata anche all'AREU per quanto di competenza.

Qualità in mineralometria ossea computerizzata - Contesto di riferimento

L'osteoporosi è una malattia sistemica dell'apparato scheletrico caratterizzata da una bassa densità minerale ossea e da un deterioramento della microarchitettura del tessuto osseo. La rilevanza dell'osteoporosi deriva anche dalla sua diffusione: l'incremento della vita media che ha caratterizzato gli ultimi decenni ha fatto salire il numero degli individui a rischio di osteoporosi e quindi di frattura e la tendenza appare inesorabilmente in aumento. Questi numeri impongono una sempre maggiore attenzione da parte delle organizzazioni sanitarie per identificare i soggetti a rischio e le terapie più appropriate. Tra i test ritenuti più importanti per la diagnostica di questa patologia vi è la densitometria ossea a raggi X.

Obiettivo

Il tema della valutazione della appropriatezza e della qualità delle indagini diagnostiche MOC è da tempo all'attenzione di Regione Lombardia che nel 2003, in attuazione del D.P.C.M. LEA del novembre 2001, ha definito i criteri di corretta indicazione per accedere a questa procedura. Si tratta, in questo caso, di indicazioni che riguardano l'ex ante dell'esame. Nel corso del 2010 rappresentanti dell'Associazione Interregionale Nord-Est dell'Osteoporosi e del Gruppo Regionale Lombardia della Società Italiana di Radiologia Medica hanno posto all'attenzione degli uffici della D.G. Sanità la tematica, altrettanto importante, della corretta effettuazione dell'esame MOC a raggi X che risulta essenziale per impostare in modo corretto le terapie ed il monitoraggio nel tempo della loro efficacia.

È stato quindi proposto dall'Associazione Interregionale NordEst dell'Osteoporosi e dal Gruppo Regionale Lombardia della Società Italiana di Radiologia Medica un progetto sperimentale che si pone come obiettivo il miglioramento della qualità delle indagini di densitometria ossea a raggi X. Questo tipo di indagine, infatti, è particolarmente esposta ad un rischio elevato di errori di esecuzione che limitano accuratezza e precisione della tecnica. Ciò comporta notevoli difficoltà nelle decisioni cliniche relative al trattamento dell'osteoporosi, affezione per la quale la densitometria rappresenta lo standard diagnostico di riferimento. Infatti, errori di esecuzione ed analisi possono determinare variazioni di densità dello stesso ordine di grandezza di quelle attese dopo trattamento, determinando scelte cliniche inappropriate o la necessità di ripetere l'indagine con ulteriori costi per il sistema sanitario.

Sulla base di queste premesse si stabilisce che, secondo le specifiche tecniche che saranno declinate in un decreto da approvarsi da parte della D.G. Sanità entro il 31 gennaio 2011, le strutture accreditate ed a contratto con il SSR per le prestazioni di MOC per poter continuare l'erogazione a contratto debbano:

1) prevedere che un numero adeguato di tecnici e medici radiologi e non radiologi di ciascuna struttura partecipi obbligatoriamente ad un corso teorico-pratico interattivo, con accreditamento ECM, avente a tema «Densitometria ossea a raggi X: tecnica e indicazioni»;

2) accettare le verifiche periodiche di qualità specifica delle prestazioni MOC che saranno attivate progressivamente, in raccordo con le edizioni dei corsi, durante il 2011.

Appropriatezza del trattamento della patologia vascolare

Nel corso del 2010 rappresentanti regionali della SICVE (Società Italiana di Chirurgia Vascolare) hanno posto all'attenzione della Direzione Generale Sanità il tema relativo alla promozione della appropriatezza specifica di erogazione di alcuni interventi di chirurgia vascolare proponendo l'istituzione di una commissione di esperti che supporti il sistema regionale nel merito della tematica sovraesposta.

Contenuti della collaborazione

Garantire che le indicazioni poste per il trattamento delle patologie più importanti rispondano ai criteri delle linee guida nazionali e internazionali, sia dal punto di vista delle competenze professionali sia del contesto organizzativo di erogazione, in modo da prevenire l'utilizzo di metodiche chirurgiche ed endo-vascolari non sempre giustificate. Ciò con l'obiettivo di evitare rischi ai pazienti e un uso inappropriato di risorse.

Metodo

La commissione, che sarà istituita entro il 31 gennaio 2011 con decreto della Direzione Generale Sanità, stabiliti i criteri e gli «strumenti» (cartella clinica, ecografia, TAC. etc. etc.) necessari per procedere alla valutazione delle attività, esaminerà, periodicamente, una casistica significativa di casi trattati per aneurisma all'aorta addominale, campionandoli ad esempio da U.O di Chirurgia Vascolare, da U.O. di Chirurgia Generale, da U.O di Cardiologia Emodinamica e da U.O. di Radiologia interventistica. Le predette valutazioni porteranno ad un giudizio sull'appropriatezza di indicazione al trattamento, sulla validità della metodica utilizzata e sulla corretta impostazione del programma di follow up in aderenza ai contenuti delle linee Guida Allegate.

Gli esiti delle valutazioni di appropriatezza saranno messi a disposizione del Sistema Regionale per le opportune valutazioni e determinazioni di competenza.

In considerazione dell'importanza clinica e della numerosità dei casi si stabilisce di iniziare queste attività con le valutazioni della casistica di Aneurisma dell'Aorta Addominale.

Elementi della cartella clinica necessari per le valutazioni di appropriatezza che saranno richiesti alle strutture campionate

Comorbidità.....

Anamnesi Pat. Remota e Prossima

Tac (Immagini)

Esami precedenti Eco / Tac...(immagini)

Vis Anestesiologica (rischio operatorio)

Consenso informato

Verbale Operatorio

Eventuali Complicanze

Linee Guida per la Diagnosi e Trattamento dell'Aneurisma dell'Aorta Addominale

Definizione

Si definisce Aneurisma vero la dilatazione permanente e irreversibile di un'arteria.

Si considera aneurismatico un vaso il cui diametro trasversale superi almeno del 50% quello che caratterizza il segmento arterioso sano adiacente. Generalmente è definito come aneurisma un segmento di aorta addominale il cui diametro antero-posteriore o latero-laterale sia di almeno 3 cm

Diagnosi

Nei pazienti asintomatici:

- la diagnosi strumentale di I Livello si effettua mediante Ecografia e/o Ecocolordoppler;
- quella di II° Livello mediante Angio-TC/ Angio-RM

Nei pazienti sintomatici (rapido accrescimento dell'aneurisma e/o fessurazione, sintomi da compressione, reperto di Aneurisma dell'Aorta Addominale (AAA) in pazienti affetti da patologia aterosclerotica in altre sedi quale quella carotidea, coronaropatia, ischemia critica periferica, aneurisma toracico, aneurisma popliteo) oltre alla valutazione di 1° livello e di 2° livello.

- Valutazione comorbidità (Ecocolordoppler TSA, Angio TC/ Angio-RM TSA, ecocardiografia, coronarografia, Ecocolordoppler arterioso arti inferiori, Angio-TC/Angio-RM arti inferiori).

Terapia

Indicazione al trattamento del paziente asintomatico (in relazione ai dati di mortalità intra e perioperatoria di ogni singolo Centro/Audit ed al rischio di rottura a 6 mesi dalla diagnosi):

- Pazienti con AAA (infra o iuxtarenali) di diametro superiore a 5 cm.
- Eccezioni:

1°) riscontro di pazienti con AAA di dimensioni tra i 4 e 5 cm, senza apposizione trombotica parietale o con voluminosi blebs.

2°) AAA che al controllo risultino cresciuti di 5 mm negli ultimi 4-6 mesi.

3°) Pazienti con segni di espansione o di instabilità dell'apposizione trombotica evidenziati durante l'esecuzione di angio-TC / Angio-RM (crescent sign)

4°) Pazienti con AAA di medie dimensioni (tra i 4 e 5 cm. di diametro), per cui è stato programmato un intervento chirurgico per altre patologie (patologia vescicale e prostatica, patologia benigna o maligna gastrointestinale, artroprotesi).

- I pazienti con AAA di dimensioni piccole (3-4 cm.) o medie (4-5 cm.) devono essere controllati ogni 6-12 mesi mediante ecografia addominale ed eventuale AngioTC/AngioRM per evidenziare accrescimenti e/o segni di rottura.

Trattamento chirurgico tradizionale (open)

La mortalità del trattamento chirurgico open riportata dai centri di eccellenza varia dal 1% al 5%. E' minore in centri ad alto volume di attività (2,5% vs 5,6%) Il trattamento chirurgico open assicura risultati validi a lungo termine con bassa incidenza tardiva di complicanze legate alla protesi utilizzata.

Trattamento endovascolare (EVAR)

L'indicazione all'EVAR deve essere posta in base alle caratteristiche locali della lesione ed alle condizioni sistemiche del paziente (grave BPCO, cardiopatia non correggibile, addome ostile) ed alle caratteristiche morfologiche dell'aneurisma (diametri aortici, presenza di stenosi e/o occlusioni a livello degli assi ilia-co-femorali, origine ed anatomia delle arterie renali) con impianto di endoprotesi idonea (aggancio prossimale transrenale o sottorenale, conformazione bisiliaca o monoiliaca).

L'EVAR comporta una minor mortalità perioperatoria rispetto all'intervento chirurgico open (0.8% vs 4.2). La conversione immediata nell'intervento chirurgico open è necessaria nell'1% dei casi.

Rispetto all'intervento open è necessario un follow-up più esteso nel tempo per valutare il corretto posizionamento e funzionamento della endoprotesi, considerando che circa un 15% dei pazienti nei 5 anni successivi necessita di un reintervento che nella gran parte dei casi è di tipo endovascolare per correzione di endoleak o di posizionamento non ottimale della protesi

Indicazione al trattamento del paziente sintomatico

La scelta di procedere a un trattamento indifferibile in urgenza o in emergenza è posta in rapporto alle condizioni di instabilità emodinamica, utilizzando procedure chirurgiche open o endovasali.

Bibliografia:

- Linee guida SICVE (Società Italiana di Chirurgia Vascolare ed Endovascolare). Vedi: www.sicve.it

- Shackley P, Slack R, Booth A, Michaels J

Is there a positive volume-outcome relationship in peripheral vascular surgery? Results of a systematic review. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2000 Oct; 20(4):326-35.

- Hirsch AT et al. ACC/AHA 2005

Practice Guidelines for the management of patients with peripheral arterial disease (lower extremity, renal, mesenteric, and abdominal aortic). Circulation. 2006 Mar 21; 113(11):e463-654.

- Henebiens M, van den Broek TA, Vahl AC, Koelemay MJ Relation between hospital volume and outcome of elective surgery for abdominal aortic aneurysm: a systematic review.

Eur J Vasc Endovasc Surg. 2007 Mar; 33(3):285-92

- Killeen SD, Andrews EJ, Redmond HP, Fulton GJ Provider volume and outcomes for abdominal aortic aneurysm repair, carotid endarterectomy, and lower extremity revascularization procedures.

J Vasc Surg. 2007 Mar; 45(3):615-26.

- National Institute for Health and Clinical Excellence Endovascular stent-grafts for the treatment of abdominal aortic aneurysm

February 2009. www.nice.org.uk/TA167.

- Giles KA, Hamdan AD, Pomposelli FB, Wyers MC, Dahlberg SE, Schermerhorn ML.

Population-based outcomes following endovascular and open repair of ruptured abdominal aortic aneurysms. J Endovasc Ther. 2009 Oct; 16(5):554-64.

Attività di controllo in ambito socio-sanitario

Nel Programma Regionale di Sviluppo le attività di vigilanza e controllo svolte dalle ASL rappresentano un'attività strategica nella tutela della qualità dei servizi erogati e proprio per tale motivo è prevista la revisione entro il 2011 delle procedure, modalità e metodologie mediante le quali viene effettuata l'attività di controllo globalmente intesa in ambito socio-sanitario e sociale.

Risulta, pertanto, opportuno richiamare il fatto che le ASL si adoperino già fin da ora affinché a questa specifica attività istituzionale vengano assegnate risorse di personale ed economiche adeguate allo svolgimento competente ed efficiente delle attività.

Le attività di vigilanza sono state richiamate con la *Delib.G.R. n. 8/8496 del 2008* nelle loro linee essenziali e con riferimento alla normativa già esistente relativa alla vigilanza routinaria e ai controlli di appropriatezza. Si ribadisce l'importanza che tali attività vengano svolte in piena aderenza a quanto stabilito dalle norme specifiche per ciascuna unità d'offerta e conformemente al codice etico aziendale per le implicazioni legali correlate allo svolgimento delle funzioni di vigilanza e controllo.

Pur rinviando a successivo provvedimento di riforma dei controlli che verrà adottato nel corso del 2011, appare, tuttavia, opportuno richiamare la necessità di espletamento di tali attività in linea con le indicazioni regionali nel rispetto della trasparenza degli atti e dei comportamenti.

Per quanto riguarda l'attività di vigilanza si segnala la necessità che le ASL prevedano nella pianificazione dei sopralluoghi un'azione puntuale di rilevazione in loco dello stato avanzamento dei Piani Programma delle strutture socio-sanitarie interessate. A tale proposito viene riconfermata la percentuale dei controlli pari ad almeno l'80% delle strutture socio-sanitarie accreditate

Per quanto riguarda i controlli di appropriatezza si riconferma la percentuale di almeno il 10% sulle prestazioni erogate dalle RSA (controlli SOSIA), dalle RSD (controlli SIDI), dai Consultori, dai CDD, dalle CSS, dai CDI (sulla base del nuovo flusso informativo), dagli SMI, dagli erogatori ADI. Con circolare successiva verranno indicate le azioni specifiche per unità d'offerta

Dalla valutazione effettuata sui piani di controllo pervenuti alla D.G. Famiglia si è potuto evidenziare una sostanziale disomogeneità tra le ASL nella stesura del documento inserito all'interno dei Piani di Controllo Integrati aziendali sia in termini quantitativi che qualitativi.

Fermo restando che il riferimento è costituito dalla normativa vigente per lo svolgimento delle attività di vigilanza e controllo, si richiama la necessità che le parti di competenza rispondano a precisi criteri di contestualizzazione, programmazione e completezza. A tale proposito si riportano gli elementi essenziali di riferimento per la stesura delle stesse:

- descrizione e contestualizzazione della realtà territoriale;
- descrizione quantitativa delle attività svolte negli anni suddivise tra attività di vigilanza e di controllo di appropriatezza per le unità d'offerta socio-sanitarie e sociali;
- sintesi dei provvedimenti (n. rettifiche classi di fragilità, n. prescrizioni, n. diffide, ecc.) adottati nel corso dell'anno suddivise per strutture coinvolte;
- descrizione delle criticità emerse nello svolgimento dell'attività relative alle unità d'offerta e proposte di miglioramento;
- descrizione della programmazione delle attività per l'anno 2011 e proposte di miglioramento.

Una copia del Piano Integrato dei Controlli deve essere inoltrata mezzo informatico alla Direzione generale famiglia all'indirizzo: famiglia_accREDITAMENTO@regione.lombardia.it.

(18) Ad integrazione della presente deliberazione vedi la *Delib.G.R. 30 marzo 2011, n. 9/1479* e la *Delib.G.R. 28 luglio 2011, n. 9/2057*.

Allegato 13 **Indici di offerta – Negoziazione ⁽¹⁹⁾**

Il Patto per la Salute 2010-2012 a riguardo degli indici di posti letto per mille abitanti posti a carico del SSR, compresa la riabilitazione, stabilisce un tasso per 1000 abitanti pari a 4 posti letto complessivi comprensivi di 0,7 posti letto per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie. Assume quindi importanza prioritaria l'adeguamento ai predetti indici entro le tempistiche stabilite dal sopracitato Patto per la Salute. Per quanto riguarda le attività di riabilitazione specialistica si stabilisce che una quantità di offerta pari a circa il 5% venga trasformata in posti letto equivalenti di cura riabilitativa domiciliare.

In considerazione del sostanziale rispetto, nel corso dell'esercizio 2010, dei tempi di attesa secondo le indicazioni date dalla normativa nazionale e regionale in termini di accessibilità alle prestazioni ambulatoriali e dell'andamento quantitativo delle prestazioni che non si è discostato, nel 2010, in modo significativo rispetto al 2009, secondo le previsioni espresse nella *legge 31/97* all'art. 12 comma 5-bis («la Giunta regionale verifica annualmente, sulla base dei rapporti instaurati ai sensi del comma 5 il mantenimento degli indici programmatori di fabbisogno sanitario»), si ritiene che

anche per l'anno 2011 debba permanere la sospensione della messa a contratto di nuove attività di specialistica ambulatoriale fatte salve delle possibili eccezioni relativamente alle specialità di radioterapia (ivi compresa la fase di test di messa a regime del CNAO di Pavia), dialisi e medicina nucleare motivate e comprovate da specifiche valutazioni clinico epidemiologiche effettuate dalle ASL, derivanti da necessità emergenti per l'insufficienza macro-territoriale di servizi.

Nel corso del 2010 la produzione di prestazioni sanitarie nell'ambito della specialistica ambulatoriale si è mantenuta su livelli elevati. Il governo appropriato di queste prestazioni resta anche per il 2011 un obiettivo prioritario per tutti gli attori del sistema coinvolti nel percorso di prescrizione ed erogazione delle attività di specialistica ambulatoriale. Le ASL sono quindi tenute a valutare come obiettivo prioritario l'andamento dei bisogni di prestazioni specialistiche con particolare attenzione all'appropriatezza delle prescrizioni.

Le ASL, inoltre, al fine di assolvere i relativi obblighi di legge riguardanti la certificazione dell'idoneità a svolgere attività sportiva agonistica da parte di minori e di soggetti disabili, possono valutare, nel contesto delle risorse disponibili, la possibilità di assegnare con specifici progetti maggiori risorse non storicizzabili, alle attività sopra indicate. Considerata la specificità di queste attività il valore contrattato dalle strutture di medicina sportiva non potrà esser oggetto di trasferimenti e di compensazioni all'interno di enti unici costituiti ai sensi della Delib.G.R. n. 7/17038 del 6 aprile 2004.

Le attività negoziali che avverranno tra le ASL ed i soggetti erogatori accreditati saranno effettuate congruentemente all'equilibrio del sistema così come individuato dalla Giunta e con il fabbisogno di servizi sanitari espresso dai cittadini lombardi.

La definizione del budget per l'anno 2011 degli erogatori di prestazioni sanitarie sul territorio lombardo con caratteristiche di ente pubblico di diritto internazionale che abbia stipulato accordi con il Governo della Repubblica Italiana rimane in capo alla Direzione Generale Sanità della Regione Lombardia. La quota stabilita sarà ratificata nel contratto integrativo sottoscritto tra l'ente e la ASL, con relativo finanziamento, e farà parte del complesso delle obbligazioni in capo alla ASL territorialmente competente.

Le attività negoziali di cui al presente allegato ed il loro relativo monitoraggio periodico, già intrapreso a decorrere dall'esercizio 2003 e che continuerà nel 2011, rappresentano, in modo adeguato alle diversificate necessità territoriali, la programmazione annuale delle attività di ricovero e cura e di specialistica ambulatoriale, così come previsto all'*art. 19, comma 7, della legge regionale n. 33/2009*.

Si conferma quindi che, per l'anno 2011, il contenuto del contratto oggi in essere tra le ASL ed i soggetti erogatori sia determinato attraverso la negoziazione delle valorizzazioni per le attività di ricovero e cura e di specialistica ambulatoriale erogate a favore di residenti in Regione Lombardia.

Per gli erogatori che non sottoscriveranno il contratto integrativo riportante le nuove condizioni discendenti dalla presente delibera e successive indicazioni della Direzione Generale Sanità e che non si saranno avvalsi della facoltà di recesso di cui all'ultimo comma dell'*art. 11* del contratto tipo, si verrà a determinare l'impossibilità giuridica di erogare l'assistenza ospedaliera e di specialistica ambulatoriale a carico del servizio sanitario regionale.

Per ogni ASL, la contrattazione riguarderà tutta la produzione erogata a favore di pazienti lombardi dalle strutture ubicate nel territorio di propria competenza, e non solo, quindi, la quota relativa ai consumi dei propri residenti.

Le tariffe da utilizzare per valorizzare le prestazioni e misurare quindi il progressivo raggiungimento dei livelli economici contrattati, saranno esclusivamente quelle deliberate dalla Giunta. Per quanto riguarda il livello economico, i pazienti extra-regionali verranno remunerati a produzione effettiva applicando alle prestazioni loro effettuate le medesime tariffe applicate per i pazienti lombardi.

Le previsioni di cui all'*art. 1 comma 796 lettera O della legge n. 296/06* troveranno applicazione nel 2011 in Regione Lombardia, così come già stabilito al punto del 3 deliberato della *Delib.G.R. n. 8/4239 del 28 febbraio 2007*, prevedendo uno sconto del 18% per le prestazioni specialistiche afferenti alla branca laboratorio analisi e del 2% sulle prestazioni ambulatoriali afferenti alle altre branche specialistiche per gli erogatori di diritto privato. Al riguardo, ad integrazione di quanto già previsto dalla *Delib.G.R. n. 8/10077 del 7 agosto 2009*, si conferma che per tutta la specialistica ambulatoriale erogata da soggetti di diritto privato, gli sconti previsti dalla *legge n. 296/06* non siano applicati al di sopra della soglia del 97% oltre la quale, quindi, varranno solo le regressioni tariffarie previste nel contratto.

Tenuto conto che le risorse assegnate alle ASL riguardano le quote relative ai consumi sanitari dei propri residenti anche per le prestazioni usufruite extra-regione (mobilità passiva), mentre le risorse assegnate alle strutture erogatrici lombarde riguardano le prestazioni erogate per i cittadini lombardi, ciascuna ASL dovrà monitorare trimestralmente la quota necessaria al pagamento delle prestazioni erogate extra-regione (mobilità passiva) e comunicarle immediatamente alla Direzione Generale Sanità. E' obiettivo specifico dei Direttori Generali delle ASL il governo della mobilità passiva (extra – regione) che deve tendere a una riduzione progressiva.

Per le strutture che potranno essere messe a contratto nel corso del 2011, che hanno iniziato le attività nel corso del 2010 o potranno riattivare nel corso del 2011 attività già accreditate e a contratto sospese temporaneamente, ad esempio per lavori di adeguamento strutturale, le ASL terranno in considerazione, come riferimento per la proiezione annuale, le attività erogate in frazione di anno e, in seconda istanza, in mancanza di dati parziali, applicheranno il valore standard regionale rilevato per le medesime attività, di ricovero piuttosto che di specialistica ambulatoriale, erogate nel corso del 2010.

Non saranno comprese nella quota di risorse assegnate alle strutture erogatrici, in quanto saranno remunerate a consuntivo sulla base di quanto effettivamente erogato, fatte salve le valutazioni di tipo clinico – epidemiologico e di appropriatezza che dovranno essere effettuate entro il 31 luglio 2011:

1. in regime di specialistica ambulatoriale:

a. le prestazioni di dialisi e di radioterapia già individuate con la *Delib.G.R. n. 7/19688 del 3 dicembre 2004* e con la *Delib.G.R. n. 8/3776 del 13 dicembre 2006*;

b. la mammografia mono e bilaterale (codici del nomenclatore di specialistica ambulatoriale 87371, 87372), l'ecografia mammaria mono e bilaterale (codici del nomenclatore di specialistica ambulatoriale 88731, 88732) e di alcune diagnostiche endoscopiche dell'apparato gastroenterico (codice del nomenclatore di specialistica ambulatoriale 4523, 45231, 4525, 4524, 4824, 4542), essenziali per la diagnosi precoce di patologie oncologiche frequenti quali il tumore al seno ed al colon retto; nonché con le altre prestazioni ambulatoriali riferite alle campagne di screening di 1° livello (FOBT, ricerca del sangue occulto nelle feci – 90214, Pap test – 91385, 91484) e di 2° livello (colposcopia – 7021) organizzate dalle ASL; così come definito dalla *Delib.G.R. 8/9173 del 30 marzo 2009*;

2. in regime di ricovero e cura:

- le prestazioni relative ai DRG chirurgici con diagnosi principale di Neoplasia Maligna già individuate con la *Delib.G.R. n. 7/19688 del 3 dicembre 2004*;

- le prestazioni relative ai DRG chirurgici con diagnosi principale di Neoplasia Benigna 225XX, 2273, 2274, 2374, 2375, 2376, 23770, 23771, 23772, 2379, 22801, 22802, 22809, 2130, 2132;

- le attività di chemioterapia effettuate in day hospital che prevederanno l'utilizzo di farmaci antineoplastici ad alto costo, così come da indicazioni regionali, avranno la remunerazione composta come segue: un rimborso, per ogni singolo accesso, finalizzato a finanziare i soli costi assistenziali, ancillari e generali di struttura, ed il rimborso del costo del farmaco che sarà rendicontato attraverso il File F. Per queste tipologie di prestazioni dovrà essere effettuata, in collaborazione con le farmacie ospedaliere e con gli oncologi medici, una stima di previsione dei consumi 2011 al fine di avere un riferimento rispetto al quale effettuare le opportune verifiche anche procedendo, se necessario, all'effettuazione di attività di audit clinico finalizzate a valutare l'appropriatezza nell'utilizzo di questi farmaci;

- i parti (DRG dal 370 al 375);

- le prestazioni relative ai dimessi da strutture con Pronto Soccorso, DEA o EAS con diagnosi principale come da allegato alla *Delib.G.R. n. 8/3776 del 13 dicembre 2006*. Per quanto riguarda la problematica relativa alle sindromi coronariche acute (SCA) – già evidenziata nella *Delib.G.R. n. 8/404 del 26 luglio 2005* – si rileva che per le SCA NSTEMI (senza sovraslivellamento del tratto ST) sulla scheda di dimissione ospedaliera dovrà sempre essere utilizzata la codifica 4107x e che le stesse saranno considerate al di fuori dei contratti solo se entro le 24 ore dal ricovero effettueranno una procedura invasiva di angioplastica percutanea o di by-pass aorto – coronarico, ovvero se, così come evidenziato da ANMCO, si tratta di casi con grave instabilità clinica, elettrica od emodinamica per i quali il tempo di intervento è indicato in poche ore. Al fine di favorire una corretta e moderna gestione dei casi appropriati si prevede l'esecuzione di audit clinici randomizzati per tutte le strutture coinvolte; audit supplementari saranno previsti nelle strutture in cui vi sarà uno scostamento rispetto al 2010 delle diagnosi di IMA NSTEMI maggiore del 10% ed un ricorso a procedure invasive maggiore del 15%;

- le prestazioni relative a pazienti dimessi da Unità Operative di riabilitazione specialistica afferenti alla Direzione Generale Sanità che abbiano avuto in atto nel giorno della loro accettazione una sindrome post-comatosa caratterizzata da un punteggio Glasgow Coma Scale < 13, documentato dal punteggio delle singole voci, e supportata da adeguata documentazione di valutazione clinica e strumentale. Al momento della dimissione la struttura di riabilitazione, secondo le modalità indicate con la circolare della Direzione Generale Sanità 45/SAN del 23 dicembre 2004, segnalerà sulla SDO l'evidenza della condizione clinica di sindrome post-comatosa;

- le prestazioni relative a pazienti dimessi da Unità Operative di riabilitazione specialistica che abbiano avuto in atto nel giorno della loro accettazione postumi di mielo-esione traumatica, vascolare, infettiva, infiammatoria e post-chirurgica. I postumi di mielolesione devono essere caratterizzati da un livello su scala ASIA (American Spinal Injury Association) compreso tra A e C ed il quadro clinico deve essere supportato da adeguata documentazione di valutazione clinica e strumentale. Al momento della dimissione la struttura di riabilitazione, secondo le modalità indicate con la circolare della Direzione Generale Sanità 45/SAN del 23 dicembre 2004, segnalerà sulla SDO l'evidenza della condizione clinica di postumi di mielolesione traumatica, vascolare, infettiva, infiammatoria e post-chirurgica;

- fino a 3 milioni di euro complessivi su base regionale le quote relative agli accompagnatori di pazienti ricoverati presso unità operative di cure palliative.

Al fine di garantire continuità ai servizi resi ai cittadini e di dare certezze contrattuali ai soggetti che attualmente erogano servizi per conto del servizio sanitario regionale (si ricorda che le condizioni negoziate per il 2010 terminano con la fine dell'esercizio stesso) si danno le seguenti indicazioni:

- siglare entro il 31 dicembre 2010 i contratti per l'esercizio 2011 dove si individua la valorizzazione relativa alle attività di ricovero e cura indicando un valore pari ai 3/12 di quanto negoziato tra ASL ed Erogatore per l'anno 2010; nell'articolo dove si individua la valorizzazione relativa alle attività di specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale, di psichiatria e di ricovero e cura indicare un valore pari ai 3/12 di quanto negoziato tra ASL ed Erogatore per l'anno 2010;

- definire entro il 31 marzo 2011 l'esatta valorizzazione delle risorse disponibili su base annua e la modalità di attribuzione dell'eventuale quota aggiuntiva destinata alle attività di ricovero e di specialistica ambulatoriale definita dalle ASL sulla base dei criteri di seguito individuati

Ciò in quanto la chiusura entro il 15 febbraio 2011 dell'esercizio 2010 permetterà:

1. per le attività ambulatoriali:

- di calcolare per ogni struttura il finanziamento 2010, comprensivo della quota calcolata applicando le regole contrattuali;

- lo stesso finanziamento, al netto del valore delle attività extrabudget, portato al 95%, costituirà la quota di risorse minime pre-assegnate per il 2011;

- le ASL avranno a disposizione 2 punti percentuali delle risorse finanziate per il 2009 alle singole strutture che saranno attribuiti elusivamente sulla base di specifici progetti finalizzati principalmente a:

- ridurre i tempi di attesa delle prestazioni soggette a monitoraggio periodico delle attese;

- favorire l'accesso alle attività ambulatoriali per i pazienti in età pediatrica in modo da evitare il più possibile delle interferenze con le attività lavorative dei genitori; la facilitazione dell'accesso si attua prevalentemente con aperture dei servizi fino al tardo pomeriggio ed il sabato;

- compensare squilibri territoriali di concentrazione della domanda, con conseguente produzione eccessiva oltre la soglia del 106%, rispetto ad attività, quali quelle di laboratorio analisi, per le quali non è prevista la prenotazione.

I predetti progetti dovranno essere presentati e condivisi dalle ASL con gli erogatori in sede di conferenza dei Direttori Generali della ASL, delle Aziende Ospedaliere e dei rappresentanti legal delle strutture erogatrici di cui alla Delib.G.R. n. 6/40903 del 29 dicembre 1998. Le risorse assegnate ai singoli erogatori sulla base di questi specifici progetti dovranno essere esplicitate nel contratto integrativo e non potranno prevedere criteri di remunerazione superiori rispetto a quanto previsto all'anno precedente.

Alle valorizzazioni prodotte tra il 97% e il 103% sarà applicato un abbattimento fino al 30%, e tra il 103% e il 106% fino al 60%. L'impegno e la possibilità di erogare prestazioni a carico del Servizio Sanitario Regionale vale fino al 106%.

La data ultima di definizione dei criteri e delle modalità di destinazione di queste risorse dovrà essere, come già detto, il 31 marzo 2011.

2. Per le attività di ricovero e cura si prevede di mantenere la quota di risorse contrattualizzata per il 2010.

Al di sopra dei valori soglia di attività contrattualmente definiti per attività di ricovero e cura, di specialistica ambulatoriale, di psichiatria e di neuropsichiatria infantile, si ritiene assolto l'impegno contrattuale di erogare prestazioni per conto del servizio sanitario regionale, e vale la procedura di valutazione da effettuarsi da parte delle ASL territorialmente competenti. L'eventuale integrazione di risorse, a livello complessivo ASL e per le tipologie di prestazioni che dovessero registrare un eccessivo squilibrio tra domanda ed offerta, dovrà necessariamente essere concordata per iscritto ed integrare, con specifico «addendum», il contratto tra la ASL ed i soggetti accreditati coinvolti nella erogazione delle citate prestazioni, compatibilmente con i budget delle aziende ASL, sentita la Direzione Generale Sanità e ad un valore economico non superiore comunque al 30% della relativa fatturazione.

Le quote di risorse indicate nei contratti saranno disponibili per i soggetti erogatori nella misura in cui gli stessi effettueranno prestazioni di valore corrispondente.

Per i soggetti iscritti al registro delle strutture accreditate come unico ente, afferenti alla D.G. Sanità, e che erogano sia prestazioni di ricovero e cura, sia ambulatoriali, è possibile prevedere uno spostamento di quote di risorse relative all'attività di ricovero e cura a favore delle attività ambulatoriali, nel caso in cui la struttura non raggiunga la soglia di risorse negoziata, a causa di eventi oggettivi.

La quota trasferita dovrà essere concordata con la ASL di riferimento che verificherà con la D.G. Sanità la compatibilità di sistema.

La citata variazione non potrà costituire elemento di consolidamento delle risorse assegnate per gli esercizi successivi. Non è invece possibile uno spostamento di risorse dall'attività ambulatoriale a quella di ricovero e cura, in quanto ciò, come già detto, non è compatibile con gli indirizzi programmatori della presente deliberazione.

La *Delib.G.R. n. 8/4239 del 28 febbraio 2007* prevede, all'interno del percorso di riorganizzazione dei Servizi di Medicina di Laboratorio, che questi debbano eseguire in sede almeno il 25% delle prestazioni erogate per conto del SSR. Nel caso di un Unico Soggetto Gestore, pubblico o privato accreditato, di più strutture delle quali una o più non esegua direttamente almeno il 25% delle prestazioni, si può provvedere alla riorganizzazione delle proprie strutture declassando a punto prelievi una delle strutture stesse. Anche in considerazione che il declassamento di un Servizio di Medicina di Laboratorio a punto prelievi garantisce comunque l'accesso dell'utenza alle prestazioni e quindi garantisce il rispetto dell'equilibrio domanda offerta e del quadro clinico-epidemiologico.

Pertanto, al fine di favorire tale percorso di riorganizzazione, si prevede che nel caso di Ente Unico Gestore di più strutture di Servizi di Medicina di Laboratorio, ubicati in ambiti territoriali differenti, che riclassifichi un Servizio di Medicina di Laboratorio a punto prelievi, il trasferimento delle quote di budget avvenga solo con l'assenso delle ASL di ubicazione delle strutture stesse avendo la

garanzia che ciò si verifichi nel rispetto dell'equilibrio domanda offerta e del quadro clinico-epidemiologico.

Si precisa che gli atti amministrativi adottati dalle ASL dovranno conformarsi alle disposizioni di cui al presente atto ai sensi dell'*art. 8 comma 15 bis della legge regionale n. 33/2009* e successive modificazioni. Segue lo schema di contratto che dovrà essere utilizzato da tutte le ASL. Eventuali ulteriori definizioni riguardanti la appropriatezza di erogazione delle prestazioni ed il monitoraggio delle attività dovranno essere contenute in altri documenti che potranno essere allegati al presente contratto.

CONTRATTO INTEGRATIVO PER LA DEFINIZIONE DEI RAPPORTI GIURIDICI ED ECONOMICI TRA L'AZIENDA SANITARIA LOCALE E LA AZIENDA OSPEDALIERA/CASA DI CURA/OSPEDALE CLASSIFICATO/ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO/ STRUTTURA AMBULATORIALE PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI DI RICOVERO E DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE E DIAGNOSTICA STRUMENTALE.

Premesso

1. che con *Delib.G.R. n. 6/47508 del 29 dicembre 1999* la Giunta Regionale ha, fra l'altro, approvato lo schema tipo di contratto tra l'ASL e i soggetti pubblici e privati erogatori di assistenza sanitaria in regime di ricovero e cura nonché ambulatoriale;

2. che l'*art. 11* di tale schema tipo prevede che «in caso di emanazione di norme legislative o regolamentari regionali, nonché di adozione di provvedimenti amministrativi regionali generali incidenti sul contenuto del contratto stipulato, lo stesso deve ritenersi automaticamente modificato ed integrato;

3. che costituisce causa ostativa alla stipula del contratto la sussistenza di una sentenza di condanna che incide sulla moralità professionale, ai sensi dell'*art. 38, comma 1, lett. c) del D.Lgs. 12 aprile 2006, n. 163* e s.m.i.

4. che con la deliberazione n. del la Giunta regionale:

– ha stabilito che l'attuale contratto per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra ASL ed erogatori sia integrato con l'indicazione delle valorizzazioni relative alle prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale, nonché delle modalità di applicazione delle regressioni tariffarie sino alla soglia, specificata all'Art. 3, per cui le strutture si impegnano ad erogare prestazioni per conto del servizio sanitario regionale;

– ha conferito alle singole ASL il mandato di integrare il richiamato schema tipo, secondo i criteri definiti al punto del medesimo provvedimento e che qui si intendono integralmente richiamate;

5. così come già specificato a decorrere dall'anno 2008, il valore delle tariffe e il conseguente importo totale delle prestazioni consentono di remunerare anche gli oneri derivanti dall'applicazione dei contratti di lavoro già sottoscritti e in via di sottoscrizione;

6. che ai sensi dell'*art. 22, comma 1 della legge regionale n. 33/2009* gli erogatori aderiscono al Sistema Informativo Socio Sanitario regionale (SISS) secondo le modalità definite dalla Giunta regionale nell'ambito del progetto CRS-SISS.

che in data tra l'ASL di e l'ente si è stipulato un contratto, conforme allo schema tipo di cui sopra, per l'erogazione di prestazioni di ricovero e cura/specialistica ambulatoriale/diagnostica strumentale Dato atto che le parti, dopo approfondito esame di quanto dettagliato nel già citato punto della Delib.G.R. ne hanno condiviso le regole procedurali ed hanno raggiunto un accordo concernente le modalità applicative della negoziazione;

Visto l'art. 9, commi 8, 9 della legge regionale n. 33/2009;

Tutto ciò premesso

TRA

l'Azienda Sanitaria Locale

E

l'Azienda Ospedaliera/la Casa di Cura/l'Ospedale Classificato/ l'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico/la Struttura Ambulatoriale

si conviene e si stipula, ad integrazione del contratto già stipulato in data, le cui disposizioni rimangono in vigore tra le parti stesse, per non diversamente previsto dal presente contratto integrativo, con la sottoscrizione dei seguenti articoli:

Art. 1

Oggetto

Le presenti disposizioni, nelle parti corrispondenti e per il periodo indicato nel successivo art. 8, integrano il contratto già stipulato tra le stesse Parti in data,

Art. 2

Ambito di applicazione

Le presenti disposizioni integrative al contratto già stipulato tra le stesse Parti in data, si applicano a tutta la produzione sia di attività di ricovero e cura che di attività legata alla erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale prodotta dalle strutture ubicate nel territorio della ASL per tutti i cittadini residenti in Regione Lombardia e non solo alla quota relativa ai consumi dei propri residenti. Per quanto riguarda il livello economico i pazienti extraregionali verranno remunerati a produzione effettiva, secondo le tariffe vigenti in Lombardia nel periodo di erogazione delle prestazioni, che si ritengono adeguate complessivamente ai costi. Le prestazioni relative ai pazienti provenienti da altre regioni non sono definite nel loro valore in quanto la funzione di tutela dei cittadini spetta alle relative regioni ed ASL di residenza che sono tenutarie della quota capitaria, della regolamentazione dell'accesso ai servizi e della erogazione degli stessi. Ciò non significa altresì che queste prestazioni non debbano essere prestate secondo gli stessi criteri di appropriatezza e di reale necessità che guidano l'erogazione dei servizi per i residenti lombardi e che le attività di controllo svolte dalle ASL sui propri erogatori riguardino anche l'appropriatezza e la correttezza delle prestazioni garantite a cittadini non residenti in Regione Lombardia. Quanto appena detto vale sia per le

prestazioni di ricovero che per quelle di specialistica ambulatoriale ed una particolare attenzione sarà posta nel valutare le prestazioni di ricovero a basso peso di cui all'allegato 2C del D.P.C.M. LEA e le prestazioni ambulatoriali per cui, sempre sulla base del citato D.P.C.M., sono previste delle limitazioni di accesso.

In relazione ai criteri temporali relativi all'ambito di applicazione delle norme contenute nella presente integrazione contrattuale, si precisa che per quanto attiene le attività di ricovero sono conteggiabili esclusivamente quelli con data di dimissione a decorrere dal 1° gennaio 1911 e per quanto attiene le prestazioni ambulatoriali sono conteggiabili esclusivamente quelle erogate a far tempo dalla data dell'1 gennaio 1911.

Art. 3

Valorizzazione per le attività di ricovero e di specialistica

Per il primo trimestre si individua una quota pari ai 3/12 di quanto negoziato per l'anno 2010 relativamente alle attività di ricovero e cura e di quelle di specialistica ambulatoriale individuata come segue

Ciò in quanto la chiusura entro il 15 febbraio 2011 dell'esercizio 2010 permetterà per le attività ambulatoriali di calcolare per ogni struttura il finanziamento 2010 totale calcolato applicando le regressioni tariffarie ed eventuali altre regole di valorizzazione per lo stesso anno negoziate.

Il valore della contratto relativo all'intera annualità sarà quindi definito entro e non oltre il 31 di marzo 2011. Per le attività di ricovero e cura la valorizzazione relativa alle attività garantite a cittadini residenti in Lombardia viene individuata nella quota di euro che è calcolata sulla base del contratto 2010, al netto delle prestazioni individuate secondo le specifiche e le modalità previste dalla Delib.G.R. 8/... che nel 2011 saranno finanziate in aggiunta alle attività contrattate. Resta fermo che l'attribuzione di queste risorse è subordinata alle indispensabili valutazioni inerenti l'appropriatezza riscontrata nel corso delle attività di controllo effettuate dalle ASL per l'anno 2010 ed alla possibilità reale, sempre verificata dalle ASL, di garantire da parte del soggetto erogatore il massimo livello di appropriatezza di erogazione anche per l'anno 2011. Al raggiungimento della predetta quota, in assenza di previo accordo con la ASL, la struttura non è autorizzata ad erogare prestazioni per conto del servizio sanitario regionale. L'eventuale integrazione di risorse, a livello complessivo ASL e per le tipologie di prestazioni che dovessero registrare un eccessivo squilibrio tra domanda ed offerta, sarà concordata per iscritto tra la ASL ed i soggetti accreditati coinvolti nella erogazione delle citate prestazioni, compatibilmente con i budget delle ASL, sentita la Direzione Generale Sanità e ad un valore economico non superiore comunque al 30% della relativa fatturazione. Per le attività di specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale, comprensive delle attività di Pronto Soccorso non seguite da ricovero, la quota di risorse corrisponde a euro pari al finanziato 2010, al netto delle attività remunerate al di fuori del contratto secondo le modalità previste dalla Delib.G.R. 8/..... del relativa alle regole per l'esercizio 2011, portata al 95%, a cui sono da aggiungersi euro che corrispondono ad un'ulteriore quota pari a 2 punti percentuali di quanto finanziato alla struttura sempre al netto delle prestazioni extrabudget, attribuita dalla ASL secondo i progetti di cui all'art. 4. Tra il 97% e il 103%, di quanto finanziato nel 2010 al netto dell'extrabudget, sarà applicato alle valorizzazioni prodotte un abbattimento fino al 30%, e tra il 103% e il 106%, di quanto finanziato nel 2010 al netto dell'extrabud-get, fino al 60%. L'impegno ad erogare prestazioni a carico del servizio sanitario regionale vale fino a questa quota.

Per le attività di specialistica ambulatoriale erogata da soggetti di diritto privato, gli sconti previsti dalla *legge n. 296/06* non sono applicati al di sopra della soglia del 97% oltre la quale, quindi, valgono solo le regressioni tariffarie di cui sopra.

Al raggiungimento della predetta soglia, la struttura erogatrice accreditata, in assenza di previo accordo, non è autorizzata ad erogare prestazioni per conto del servizio sanitario regionale. L'eventuale integrazione di risorse, a livello complessivo ASL e per le tipologie di prestazioni che dovessero registrare un eccessivo squilibrio tra domanda ed offerta, sarà concordata per iscritto tra la ASL ed i soggetti accreditati coinvolti nella erogazione delle citate prestazioni, compatibilmente con i budget delle aziende ASL, sentita la Direzione Generale Sanità e ad un valore economico non superiore comunque al 30% della relativa fatturazione. I corrispettivi disciplinati dal presente articolo devono tenere conto di quanto determinato dall'allegato relativo all'assistenza farmaceutica della Delib.G.R. 7/.... del

Art. 4

Alla struttura è destinata una quota di risorse di euro

relativa alle attività di specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale assegnate sulla base di specifici progetti (allegati al presente contratto) sviluppati con la finalità di ridurre i tempi di attesa delle prestazioni soggette a monitoraggio periodico delle attese e di favorire l'accesso alle attività ambulatoriali per i pazienti in età pediatrica in modo da evitare il più possibile delle interferenze con le attività lavorative dei genitori; la facilitazione dell'accesso si attua prevalentemente con aperture dei servizi fino al tardo pomeriggio ed il sabato. La predetta quota sarà riconosciuta previa valutazione del raggiungimento degli obiettivi definiti dal progetto di cui all'allegato del presente contratto.

Art. 5

Raggiungimento del valore di produzione assegnato

Le parti concordano che il raggiungimento del valore negoziato per le attività di ricovero e cura e di specialistica sarà valutato applicando ai volumi delle prestazioni erogate nel corso del 2011 le tariffe in vigore alla data di dimissione per i ricoveri ed alla data di effettuazione della prestazione o di chiusura del ciclo per la specialistica ambulatoriale. Le parti concordano altresì che sia le tariffe delle prestazioni di ricovero e cura sia quelle relative alla specialistica ambulatoriale sono aggiornate a decorrere dal 1° gennaio 2011 con il risultato di essere adeguate al tasso di inflazione programmata e di tenere conto delle disposizioni normative pubbliche e private vigenti relative ai rinnovi contrattuali e dell'ampliamento e perfezionamento dei flussi informativi di sistema.

Art. 6

Controllo dell'applicazione dei contenuti del contratto

Le Parti concordano di finalizzare le attività dei Nuclei Operativi di Controllo delle ASL, oltre che allo svolgimento dei compiti istituzionali indicati nella normativa regionale sul tema, anche a verifiche concernenti la corretta applicazione dei contenuti del presente contratto. Le Parti concordano inoltre che le eventuali minori valorizzazioni derivanti dall'esito dei controlli, al termine del processo di validazione delle contestazioni, incideranno, riducendolo, sul valore delle prestazioni sanitarie erogate nel periodo di validità del presente contratto.

Art. 7

Utilizzo del ricettario regionale per prescrizione di specialistica ambulatoriale e farmaceutica

I soggetti erogatori si impegnano al pieno rispetto delle indicazioni date con le Delib.G.R. relativamente alla prescrizione effettuata dai propri specialisti di prestazioni ambulatoriali e farmaceutiche, il cui pieno rispetto rappresenta un'obbligazione contrattualmente rilevante.

Art. 8

Validità e durata

Le presenti disposizioni integrative hanno validità per l'intero esercizio 2011, fatta salva la facoltà di recesso di cui all'art. 11 dello schema tipo di contratto approvato con Delib.G.R. n. 6/45708 del 1999.

Letto, confermato e sottoscritto.

IL DIRETTORE GENERALE

IL LEGALE RAPPRESENTANTE
DELLA STRUTTURA

Unità d'offerta socio sanitarie

Accreditamento

L'accreditamento istituzionale delle unità d'offerta consente l'erogazione di prestazioni per conto del servizio sociosanitario regionale. La remunerazione delle prestazioni attraverso tariffe regionali è invece subordinata alla messa a contratto della totalità o di parte dei posti accreditati.

Al fine del potenziare l'offerta e di garantire ai cittadini una maggiore libertà di scelta di servizi, si ritiene opportuno procedere alla liberalizzazione dell'accreditamento, spostando il livello programmatico sulla contrattazione, anche attraverso l'utilizzo del budget.

Pertanto a decorrere dall'1 gennaio 2011 potranno essere accreditate tutte le unità d'offerta in possesso dei requisiti previsti, in particolare potranno essere accreditate strutture o nuovi posti in strutture già accreditate solo se i requisiti oggettivi e specifici saranno posseduti per tutta la struttura/edificio.

La programmazione di volumi, risorse e budget, ad integrazione e modifica della *Delib.G.R. n. 8/8496 del 2008*, viene invece collocata nell'ambito della contrattualizzazione delle strutture, in base alle regole di negoziazione di cui al paragrafo successivo.

Con riguardo a unità d'offerta di proprietà di enti pubblici ed in particolar modo di enti locali, a modifica della Delib.G.R. n. 8496 del 2008, il soggetto titolare dell'accreditamento, e, conseguentemente del contratto, va individuato nel comune o in altro ente pubblico titolare del servizio, a meno che l'affidamento non avvenga a favore di soggetti affidatari «in house» o di società pubbliche o a partecipazione pubblica o di altri soggetti strumentali dell'ente pubblico stesso. In caso di affidamento del servizio in appalto a terzi, l'ente pubblico mantiene la titolarità dell'accreditamento ed è esso stesso il soggetto titolato per la stipula del contratto con la ASL, regolando i propri rapporti di gestione con l'appaltatore per il tramite di specifici capitolati, volti ad assicurare la corretta gestione della unità d'offerta ed impedire eventuali interruzioni nella erogazione delle prestazioni.

In particolare si specifica che il Comune può appaltare il servizio solo a seguito della stipula del contratto con la ASL, avendo cura di trasferire nel capitolato d'appalto le clausole contrattuali già sottoscritte con la ASL. Il capitolato d'appalto deve altresì risultare conforme alle regole regionali in materia di accreditamento, contrattazione e budget. In esito all'aggiudicazione l'appaltatore dovrà impegnarsi ad aderire alle clausole specifiche del contratto con la ASL, sottoscrivendole per adesione.

Tali disposizioni entrano in vigore dall'1 gennaio 2011, fatta salva l'esecutività dei contratti in essere fino alla scadenza naturale dell'appalto.

Tutti i contratti e gli atti tra privati che hanno ad oggetto trasferimenti di unità d'offerta o, comunque, il subentro di un altro gestore nella titolarità e/o nella gestione dell'unità d'offerta, quali, a titolo esemplificativo, cessione o affitto dell'unità d'offerta, scorporo, scissione o fusione per incorporazione o mediante costituzione di altro soggetto, ad eccezione della sole modificazioni della persona del legale rappresentante dell'ente gestore o della trasformazione di società, non possono essere stipulati se l'ente gestore e/o la controparte degli atti predetti non abbiano preventivamente richiesto, almeno 60 giorni prima della stipula degli atti predetti, all'ASL di competenza e alla Direzione Generale Famiglia Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale della Regione Lombardia, il trasferimento dell'abilitazione all'esercizio e dell'accreditamento

Si intendono approvate, con effetto dall'1 gennaio 2011, le modifiche del contratto tipo di cui all'Allegato 1, specificando che le medesime si intendono recepite nei contratti in essere così come specificamente previsto dall'art. 14 del contratto tipo.

Per le Unità d'Offerta che non sottoscriveranno il contratto integrativo riportante le nuove condizioni discendenti dalla presente delibera e successive indicazioni della Direzione Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale si verrà a determinare l'impossibilità giuridica di erogare prestazioni a carico del servizio socio sanitario regionale.

Fatte salve le disposizioni di cui alla Delib.G.R. n. 8/9735 del 2009, a decorrere dal primo gennaio 2011 eventuali proroghe alla tempistica stabilita dai piani programma potranno essere concesse dalla ASL solo ed esclusivamente su istanza del legale rappresentante dell'unità d'offerta, corredata da idonee motivazioni, ed a seguito di preventivo assenso della Direzione Famiglia, fermo restando il termine massimo di adeguamento fissato al 31 dicembre 2011.

Negoziazione

Unità di offerta già soggette a budgettizzazione

Anche per il 2011 viene confermata la budgettizzazione dei servizi diurni e domiciliari per anziani e disabili (C.D.I., C.D.D., A.D.I./voucher sociosanitario), servizi di riabilitazione, servizi residenziali e semiresidenziali dell'area dipendenze, nonché delle prestazioni e funzioni già incluse nel budget per «altri costi».

I budget a livello di ASL vengono definiti provvisoriamente in misura pari al 100% dei rispettivi budget aziendali definitivi 2010.

Fino alla ridefinizione da parte della Regione dei budget assegnati alle singole ASL, il budget spettante in via provvisoria ad ogni unità d'offerta sociosanitaria, accreditata e a contratto per l'anno 2010, è determinato in misura non superiore al 98% del budget contrattato in via definitiva per lo stesso anno

Per le unità d'offerta messe a contratto (in tutto o in parte) nel corso del 2010 il budget 2011 potrà essere definito rapportando ad anno intero le prestazioni riferite solo ad una parte del 2010.

Per i servizi di riabilitazione si intendono confermate per l'anno 2011 le disposizioni relative al possibile utilizzo di posti letto a maggiore intensità riabilitativa per accogliere persone che necessitino di prestazioni di minore complessità, fermo restando che le tariffe riconoscibili sono quelle delle prestazioni effettivamente erogate. È altresì confermata la possibilità di remunerare le prestazioni ambulatoriali cosiddette indirette, nell'ambito del budget assegnato, fino ad un massimo del 20% di quanto rendicontato per tutte le prestazioni ambulatoriali.

Per l'anno 2011 non è soggetta a budgetizzazione la remunerazione a tariffa spettante alle comunità terapeutiche accreditate per il ricovero di tossicodipendenti agli arresti domiciliari o in affidamento in prova residenti in ASL lombarde

Unità di offerta ed interventi di nuova budgetizzazione

A decorrere dal 2011 vengono assoggettate a budgetizzazione anche R.S.A., R.S.D., C.S.S. e hospice.

I budget a livello di ASL vengono definiti provvisoriamente in misura pari al 100% della remunerazione complessiva riconosciuta nell'esercizio 2010 per le diverse tipologie di unità di offerta.

Per le singole strutture, il budget provvisorio è determinato in misura non superiore dell'ammontare corrispondente al 98% della remunerazione relativa a tutti posti accreditati nel 2010, calcolata assumendo a riferimento la tariffa media giornaliera riconosciuta alle singole unità d'offerta nello stesso esercizio, tenuto comunque conto dei livelli di saturazione, riferiti all'utenza lombarda, riscontrati nel corso del 2010.

Vengono altresì assoggettati a budgetizzazione gli S.M.I., i consultori familiari privati, i voucher ed i contributi ai familiari caregiver previsti dalle *Delib.G.R. 6 agosto 2008, n. 8/7915* e *Delib.G.R. 16 settembre 2009, n. 8/10160*.

Per queste unità di offerta ed interventi i budget a livello di ASL vengono definiti provvisoriamente in misura pari al 100% della remunerazione complessiva riconosciuta per l'esercizio 2010, mentre il budget assegnabile dalle ASL ai singoli erogatori non è soggetto a limiti specifici, fermo restando il rispetto del budget di ASL.

Indicazioni per la negoziazione e la contrattualizzazione dei soggetti erogatori accreditati

Al fine di garantire continuità ai servizi resi ai cittadini e di dare certezze contrattuali ai soggetti che attualmente erogano servizi socio sanitari le ASL sono tenute a stipulare entro il 31 dicembre 2010 i contratti integrativi per l'esercizio 2011 definendo budget provvisori nel rispetto delle regole di cui al presente allegato.

Nella fase di negoziazione e di successiva contrattualizzazione è necessario che le ASL rendano evidenti i criteri di assegnazione delle risorse agli enti gestori. A tale scopo, si ricorda che riferimenti principali rispetto ai quali procedere sono rappresentati:

- dalla programmazione locale basata sull'analisi dei bisogni territoriali per le specifiche unità d'offerta

- da elementi rappresentativi della qualità dei servizi offerti
- dalle rette applicate
- dagli esiti delle attività di vigilanza e controllo condotte dai servizi competenti dell'ASL.

Per le unità d'offerta realizzate con finanziamenti statali o regionali, potranno essere messi a contratto i soli posti realizzati con detti finanziamenti, assumendo a riferimento la tariffa media giornaliera riconosciuta alle singole unità d'offerta nello stesso esercizio.

Le unità d'offerta accreditabili ai sensi della *Delib.G.R. n. 8/10804 del 2009*, *Delib.G.R. n. 8/11080 del 2010* e *Delib.G.R. n. 8/11262 del 2010*, nei limiti fissati dagli stessi provvedimenti regionali, con istanze di accreditamento presentate entro il 31 dicembre 2010, ed in possesso di tutti i requisiti previsti, saranno messe a contratto. Per le unità d'offerta già a contratto nel 2010, il budget 2011 verrà rideterminato a seguito dell'incremento dei volumi messi a contratto; per le unità d'offerta messe a contratto nel 2011, il budget verrà determinato prendendo a riferimento tariffa giornaliera e saturazione medie di ASL per l'anno 2010 budget aziendali ed i finanziamenti alle ASL saranno determinati con atti del Direttore Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale e potranno essere rideterminati in relazione alla verifica degli andamenti della spesa in occasione delle chiusure trimestrali al fine di assicurare l'equilibrio economico-finanziario del sistema di interventi in area sociosanitaria

Con gli stessi atti verranno date ulteriori indicazioni per:

- la determinazione dei budget definitivi assegnabili alle singole unità d'offerta per il 2011;
- la remunerazione della qualità aggiunta per i servizi diurni e domiciliari per anziani e disabili, intendendosi superate le disposizioni di cui al punto 4 dell'*allegato 16 della Delib.G.R. n. 8/10804 del 2009*;
- la contrattualizzazione e la remunerazione di nuove unità d'offerta o di ulteriori parti di unità d'offerta accreditate ex novo.

Ad integrazione e modifica della *Delib.G.R. n. 8/3257 del 2006*, per i soggetti gestori riconosciuti come Ente Unico, fatto salvo che i contratti sono definiti a livello di singola struttura, è possibile effettuare spostamenti di budget tra unità d'offerta, anche se ubicate in ASL diverse, a condizione che vi sia un preventivo assenso delle ASL coinvolte e della competente Direzione Generale di Regione Lombardia. Tali variazioni di budget dovranno essere recepite nei contratti sottoscritti.

Revisione delle tariffe per le RSA

Al fine di produrre una semplificazione delle modalità di tariffazione delle prestazioni erogate dalle RSA, nelle more della revisione dell'intero sistema, viene introdotta, con decorrenza 1° gennaio 2011, una nuova struttura tariffaria da riferirsi all'utenza tipica, a cui dovranno essere ricondotte le attuali 8 classi SOSIA. In sede di prima applicazione, tale nuovo sistema di classificazione dovrà riferirsi unicamente alla tariffazione ed alla rendicontazione economica delle giornate, fermo restando il mantenimento del sistema SOSIA per tutti i restanti aspetti clinici ed informativi riferiti all'utenza.

Pertanto, le tariffe giornaliere per le Residenze Sanitarie Assistenziali per Anziani (R.S.A.) vengono così modificate a partire dall'1 gennaio 2011:

Nuova classe tariffaria	Classi Sosia accorpate	Tariffa giornaliera
A	1, 2	49,00
B	3, 4, 5, 6	39,00
C	7, 8	29,00

SCHEMA TIPO DI CONTRATTO PER LA DEFINIZIONE DEI RAPPORTI GIURIDICI ED ECONOMICI TRA L'AZIENDA SANITARIA LOCALE (ASL) E LE UNITÀ D'OFFERTA SOCIO SANITARIE ACCREDITATE

TRA

L'azienda sanitaria locale (ASL)

con sede legale a in via
n. codice fiscale, nella persona del direttore generale,
legale rappresentante pro-tempore, domiciliato per la carica presso la
sede dell'ASL, con l'assistenza del direttore sociale;

e l'ente gestore

....., con sede legale a in via
....., codice fiscale, nella
persona del signor, in qualità di legale rappresentante pro-tempore/
amministratore, per l'unità d'offerta sociosanitaria denominata, con
sede a in via, codice di struttura
n.;

PREMESSO CHE:

– l'ASL, di seguito denominata ASL, intende avvalersi di (ente gestore)
....., di seguito denominato ente gestore, che gestisce l'unità d'offerta
sociosanitaria denominata ubicata nel comune di in via
....., per l'erogazione di prestazioni/servizi
..... a beneficio delle persone
.....;

– l'ente gestore ha presentato la DIA per l'esercizio della unità d'offerta con atto in data
..... (oppure è in possesso di autorizzazione
.....), nel rispetto delle disposizioni regionali e della vigente
normativa, relativamente a

– con Delib.G.R. in data n....., l'ente gestore è stato
accreditato per l'esercizio della unità d'offerta denominata, per
....., e che pertanto la medesima unità d'offerta risulta iscritta nel registro
regionale istituito presso la Direzione Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà
Sociale della Regione Lombardia;

– l'ente gestore, pertanto, intende mettere a disposizione dell'ASL n.
posti/prestazioni..... (inserire se è il caso anche la riserva di posti di sollievo)

autorizzati/accreditati che verranno remunerati nei limiti delle risorse assegnate con riguardo alle unità d'offerta sottoposte a budget;

– l'ente gestore ha comunicato che le rette giornaliere (chiarire se trattasi di retta unica e/o rette massima, media, minima) praticate agli ospiti della unità d'offerta, alla data di stipulazione del presente atto, sono le seguenti e si impegna a comunicare alla ASL tutte le variazioni di retta;

tutto ciò premesso, si stipula quanto segue

Art. 1

Premesse

1. Le premesse costituiscono parte integrante e sostanziale del presente atto.

Art. 2

Oggetto

1. Il presente contratto definisce i rapporti giuridici ed economici derivanti dalla erogazione di prestazioni sociosanitarie da parte dell'ente gestore, in relazione all'esercizio dell'unità d'offerta denominata, con oneri a carico dell'ASL, nei limiti stabiliti dalla Regione Lombardia e fatta salva la partecipazione ai costi da parte dell'utente, ai sensi della vigente normativa.

2. L'ASL si avvale pertanto dell'ente gestore per l'assistenza a favore di utenti

3. L'ente gestore garantisce le prestazioni di assistenza, mediante l'unità d'offerta denominata e utilizzando le strutture, le attrezzature, i servizi, il personale secondo i criteri e gli standard definiti dalla Regione Lombardia.

Art. 3

Mantenimento dei requisiti e vigilanza

1. L'ente gestore si impegna a garantire l'erogazione delle prestazioni certificando il numero, la professionalità ed il rapporto di lavoro del personale impiegato nella unità d'offerta.

2. L'ente gestore si impegna a comunicare tempestivamente all'ASL ogni eventuale variazione che dovesse intervenire, così rilevante da incidere sul possesso dei requisiti o sull'organizzazione, e autocertifica, annualmente entro il 31 gennaio, il mantenimento degli standard di personale, nonché il mantenimento di tutti gli altri requisiti di esercizio e di accreditamento della unità d'offerta.

3. L'ASL, nell'esercizio delle funzioni di vigilanza, può accedere a tutti i locali della unità d'offerta ed assumere informazioni dirette dal personale, dagli ospiti e dai loro familiari; può accedere alla documentazione relativa al rapporto di accreditamento o, comunque, rilevante ai fini dell'esercizio dell'unità d'offerta, al fine di verificare quanto dichiarato dall'ente gestore. Al termine del sopralluogo, l'ASL redige il verbale in contraddittorio con il gestore o persona incaricata dall'ente gestore, nel quale sono indicati i motivi del sopralluogo, i requisiti valutati, la documentazione

acquisita dall'ASL. Tale verbale è congiuntamente sottoscritto dall'ASL e dal gestore o persona da esso incaricata. Nel caso in cui le azioni svolte ed i dati rilevati non consentano l'immediata assunzione di decisioni in merito ad eventuali prescrizioni o provvedimenti, per tali aspetti, entro il termine massimo di 15 giorni, l'ASL predispone una comunicazione integrativa. In ogni caso è prevista la possibilità di controdeduzioni da parte del Legale Rappresentante, entro 15 gg dalla data del sopralluogo.

4. Le parti danno atto che l'esito dell'accertamento determina l'adozione dei provvedimenti previsti dalla linee guida regionali in materia di vigilanza sulle unità d'offerta sociosanitarie, con gli eventuali conseguenti effetti nei confronti del presente contratto.

Art. 4

Obblighi di carattere generale

1. L'ente gestore si impegna a:

a) rispettare tutti gli adempimenti previsti come requisiti per l'esercizio e l'accreditamento delle unità d'offerta socio sanitarie indicati e richiamati nella Delib.G.R. n. del

b) concorrere al rispetto ed alla attuazione dei principi, delle indicazioni e degli adempimenti previsti nella *L.R. n. 3/2008* a carico degli enti gestori;

In particolare, l'ente gestore si impegna a:

a) rispettare i criteri di accesso prioritario alle prestazioni definiti a livello locale, in attesa delle disposizioni applicative, di cui all'*art. 6, comma 3°, della legge regionale 12 marzo 2008, n. 3*, stabilite dalla Regione;

b) verificare che all'atto dell'accesso, gli assistiti abbiano le caratteristiche e manifestino le condizioni di bisogno previste per il tipo di unità d'offerta gestito;

c) assicurare che la presa in carico della persona assistita avvenga secondo criteri di appropriatezza e favorendo la continuità assistenziale, segnalando eventuali situazioni complesse all'ASL ed al Comune;

d) informare le persone e le famiglie sulle prestazioni offerte, sulle condizioni per accedervi, sulla possibilità di accedere ad altre unità d'offerta accreditate in ragione dei bisogni personali di assistenza espressi e nei limiti delle informazioni ricavabili dal sistema informativo regionale, sulle modalità per esprimere il consenso informato, sulle rette praticate e sulle modalità per accedere a forme di integrazione economica o ad altri benefici;

e) prendere in carico l'assistito in maniera personalizzata e continuativa e coinvolgerlo nella formulazione dei relativi progetti di assistenza, nel rispetto delle indicazioni fornite dalla Regione o dall'ASL;

f) fornire all'assistito una valutazione globale, scritta, del proprio stato di bisogno;

g) informare il comune di residenza dell'assistito dell'accesso alla unità d'offerta o, nei casi in cui l'accesso sia disposto d'urgenza, dell'accettazione del ricovero. In caso di cittadino non lombardo,

dovrà essere richiesto il preventivo assenso al ricovero da parte del soggetto tenuto a farsi carico della relativa quota sanitaria;

h) informare il competente ufficio dell'ASL sulle condizioni psico-fisiche dell'assistito qualora si rinvenga la necessità della nomina di un tutore o di un amministratore di sostegno;

i) assicurare la presenza dei familiari o delle persone di fiducia da loro delegate e assicurare la costante informazione sulla condizione degli assistiti e sulla assistenza praticata nel rispetto delle norme in materia di tutela della privacy;

j) assicurare l'accesso alla unità d'offerta dei ministri di culto, dei volontari e delle altre persone la cui presenza sia richiesta dagli utenti, nel rispetto dei protocolli vigenti nella unità d'offerta;

k) informare l'assistito, il suo legale rappresentante e i suoi familiari, in modo chiaro e fin dal momento della richiesta di accesso, circa la possibilità di chiedere l'intervento del difensore civico del comune in cui ha sede legale l'unità d'offerta, in tutti i casi in cui sia negata o limitata la fruibilità delle prestazioni nonché per ogni eventuale necessità, informarlo della possibilità di accedere all'Ufficio di Relazioni con il Pubblico e all'Ufficio di Pubblica Tutela dell'ASL competente;

l) dotarsi della carta dei servizi che deve essere tenuta aggiornata e distribuita;

m) dotarsi di sistemi di contabilità analitica, nei termini stabiliti dalla Regione, al fine di dimostrare il corretto rapporto tra risorse impiegate e prestazioni erogate; promuovere sistemi di controllo di gestione ed altri eventuali metodi di valutazione dei risultati, dandone informazione all'ASL;

n) partecipare ad iniziative promosse dall'ASL o previste nei piani di zona, rivolte ad attuare l'integrazione tra la programmazione della rete di offerta sociale e la rete di offerta sociosanitaria e tese al miglioramento della qualità del servizio;

o) dotarsi di un codice etico secondo quanto indicato nei provvedimenti regionali, dandone atto nella carta dei servizi, la cui violazione contestata per iscritto ed in assenza di giustificazioni ritenute valide, ad insindacabile e motivato giudizio dell'ASL, costituirà causa di risoluzione di diritto del presente contratto;

p) a garanzia di sinistri che possono derivare agli utenti o a terzi durante l'espletamento del servizio, si impegna a stipulare idoneo contratto assicurativo di responsabilità civile esonerando l'ASL da ogni responsabilità a riguardo;

q) redigere e rilasciare, nei casi di compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini, la certificazione delle rette ai fini fiscali;

r) non richiedere alcun corrispettivo per lo svolgimento di tutte le pratiche e procedure preliminari all'ingresso dell'utente.

Art. 5

Sistema tariffario e pagamenti

1. L'ASL è tenuta ad erogare all'ente gestore delle unità d'offerta, nel rispetto delle disposizioni regionali vigenti, le tariffe previste dalla Regione Lombardia, nei limiti delle risorse assegnate con riguardo alle unità d'offerta sottoposte a budget.
2. L'ASL anticipa mensilmente acconti, pari all'85% di un dodicesimo del fatturato dell'anno precedente oppure, in caso di unità d'offerta nuova, del fatturato teorico comunque coerente con il piano di inserimento degli ospiti, e garantisce inoltre l'erogazione del saldo trimestrale spettante, entro i successivi 60 giorni dall'avvenuto ricevimento della fattura.
3. L'avvenuto pagamento del saldo non pregiudica il recupero di somme che, sulla base dei controlli effettuati nei confronti della unità d'offerta, risultassero non dovute o dovute solo in parte.
4. L'ente gestore si impegna ad emettere mensilmente fatture, o altra documentazione contabile idonea, al fine del pagamento degli acconti, e ad emettere, entro il mese successivo alla scadenza di ogni trimestre, le fatture relative ai saldi trimestrali, recanti le classificazioni dei singoli ospiti desunte dal sistema informativo in vigore, secondo la modulistica regionale.
5. Ferma restando la possibilità di decurtare, recuperare o ridurre le somme previste a titolo di tariffa, sulla base di provvedimenti assunti dall'ASL al termine di accertamenti condotti sulla unità d'offerta, è fatta salva la facoltà della stessa ASL di sospendere l'erogazione parziale o totale dei pagamenti effettuati a qualsiasi titolo, in tutti i casi in cui siano in corso controlli per l'accertamento di gravi violazioni della normativa vigente, dei requisiti per l'esercizio e per l'accreditamento, delle clausole per presente contratto.
6. Per i servizi residenziali, le giornate di accettazione e di dimissione sono considerate come un'unica giornata, quindi dovrà essere pagata solo la giornata di accettazione. Analogamente, per i periodi di assenza, sono considerate come unica giornata quella di uscita e quella di rientro, quindi dovrà essere pagata solo quella di rientro, e sono calcolati come assenze i giorni tra queste due date.
7. Con riferimento alle unità di offerta sottoposte a budget, si dovrà sottoscrivere annualmente un allegato, parte integrante del presente contratto, in ottemperanza alle disposizioni regionali.
8. L'eventuale remunerazione aggiuntiva di qualità, sarà erogata in ottemperanza alle disposizioni regionali.

Art. 6

Modalità di registrazione e codifica delle prestazioni

1. L'ente gestore si impegna a compilare, conservare e trasmettere la documentazione sociosanitaria relativa alla unità d'offerta, nel rispetto delle indicazioni regionali e della normativa in materia di tutela della privacy.
2. L'ASL, nell'ambito dell'attività di vigilanza, compie i controlli sulla appropriatezza delle prestazioni e l'aderenza delle caratteristiche degli assistiti a quanto riportato nella documentazione relativa ai fascicoli sociale e sanitario.
3. I controlli previsti dal presente articolo sono effettuati alla presenza ed in contraddittorio con la persona incaricata dall'ente gestore, con l'eventuale assistenza dei membri dell'equipe sociosanitaria responsabile della tenuta della documentazione.

4. L'ente gestore si impegna ad adempiere al debito informativo nei confronti dell'ASL e della Regione Lombardia, che costituisce condizione per l'accesso alle risorse regionali, nei termini e secondo le modalità stabiliti dalla Regione e dall'ASL.

Art. 7

Sistema aziendale per il miglioramento della qualità

1. Le parti identificano il miglioramento della qualità quale obiettivo primario, da perseguire secondo criteri di piena collaborazione. L'ente gestore si impegna a sviluppare un sistema aziendale di miglioramento della qualità, in coerenza con la normativa di accreditamento secondo le direttive definite dalla Regione Lombardia ed in relazione alla programmazione territoriale. tale miglioramento deve essere finalizzato ad una progressiva personalizzazione dell'assistenza e sviluppo dei livelli di corresponsabilità nel controllo dell'appropriatezza delle prestazioni erogate.

Art. 8

Eventi modificativi e cause di risoluzione del contratto

1. L'ente gestore si impegna al rispetto delle linee guida regionali in materia di esercizio, accreditamento e vigilanza sociosanitaria, dando atto di conoscerne il contenuto, ed in particolare che:

a) l'accREDITAMENTO, alla pari dell'autorizzazione (o della D.I.A), non è cedibile a terzi, in mancanza di un atto regionale che ne autorizzi il trasferimento;

b) i requisiti dell'autorizzazione (o della DIA) e dell'accREDITAMENTO sono condizione indispensabile perché il presente contratto produca effetti tra le parti;

c) la perdita di un requisito soggettivo od oggettivo – strutturale, gestionale, tecnologico ed organizzativo – previamente accertato dall'ASL, determina la revoca del provvedimento di accREDITAMENTO, che è disposta con delibera della Giunta Regionale e la risoluzione di diritto del contratto. Nel corso del procedimento per la revoca dell'accREDITAMENTO, il contratto è sospeso. Con riguardo a specifiche fattispecie, l'ASL, ove rinvenga la possibilità di un ripristino delle condizioni che danno origine al rapporto di accREDITAMENTO, può prescrivere un termine per la regolarizzazione della situazione, disponendo comunque la sospensione o la decurtazione dei pagamenti delle prestazioni rese nel periodo in questione;

d) con la sola eccezione della modificazione della persona del legale rappresentante o dell'amministratore dell'ente gestore e della trasformazione di una società (es. da società di capitali a società di persona o viceversa), ogni evento che dovesse comportare lo scioglimento, la fusione o il cambio dell'ente gestore comporta la necessità di stipulare un nuovo contratto di accREDITAMENTO e quindi la decadenza del presente contratto;

e) l'affidamento a terzi della gestione dell'unità d'offerta determina l'obbligo della volturazione della DIA e dell'accREDITAMENTO ed un nuovo contratto di accREDITAMENTO e, quindi, comporta la decadenza del presente contratto;

f) la cessione del contratto a terzi, non conformemente a quanto indicato nei provvedimenti regionali, non produce effetti nei confronti dell'ASL e determina la revoca dell'accREDITAMENTO e la risoluzione di diritto del presente contratto;

g) la cessione di crediti derivanti dal presente contratto è soggetta alla disciplina vigente in materia di contratti pubblici.

2. Tutti i contratti e gli atti tra privati che hanno ad oggetto trasferimenti di unità d'offerta o, comunque, il subentro di un altro gestore nella titolarità e/o nella gestione dell'unità d'offerta, quali, a titolo esemplificativo, cessione o affitto dell'unità d'offerta, scorporo, scissione o fusione per incorporazione o mediante costituzione di altro soggetto, ad eccezione della sole modificazioni della persona del legale rappresentante dell'ente gestore o della trasformazione di società, non possono essere stipulati se l'ente gestore e/o la controparte degli atti predetti non abbiano preventivamente richiesto, almeno 60 giorni prima della stipula degli atti predetti, all'ASL di competenza e alla Direzione Generale Famiglia Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale della Regione Lombardia, il trasferimento dell'abilitazione all'esercizio e dell'accreditamento.

3. La stipula dei contratti e degli atti sopra indicati in assenza della richiesta preventiva di volturazione o comunque prima del decorso del termine di 60 giorni dalla richiesta stessa costituisce grave inadempimento che comporta a carico dell'ente gestore il pagamento di una penale di importo pari ad Euro , salvo il risarcimento del maggior danno, con diritto della ASL di compensare i crediti derivanti dall'applicazione delle penali con le somme eventualmente dovute all'ente gestore in virtù del contratto.

4. In presenza dell'inadempimento sopra indicato, il presente contratto potrà essere risolto di diritto, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 1456 cod. civ., e potrà essere disposta la revoca dell'accreditamento.

5. Nel caso in cui la volturazione venga negata, l'ente gestore non potrà perfezionare gli atti sopra indicati e l'eventuale stipula degli atti predetti costituirà grave inadempimento del presente contratto al quale si applicheranno le conseguenze previste ai precedenti commi 2 e 3.

6. Nel caso in cui, decorsi i 60 giorni dalla richiesta, la volturazione non sia stata concessa ma neanche negata salvi i caso in cui il termine sia stato interrotto dalla richiesta di chiarimenti o di integrazioni della documentazione prodotta, l'ente gestore potrà perfezionare gli atti sopra indicati senza che la stipula degli stessi costituisca inadempimento al presente contratto; tuttavia tali atti resteranno comunque inefficaci ai fini del rapporto con la ASL fino a quando non venga autorizzato il trasferimento dell'abilitazione all'esercizio e dell'accreditamento, secondo le modalità previste nella *Delib.G.R. 26 novembre 2008, n. 8/8496* e successive integrazioni e modificazioni.

7. È vietata la cessione del contratto senza il consenso dell'ASL. L'eventuale cessione del contratto in violazione del presente divieto darà diritto alla ASL di risolvere il contratto medesimo, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1546 cod. civ.; con immediata sospensione dei pagamenti, nonché di richiedere il pagamento di una penale pari ad C , salvo il risarcimento del maggior danno e di compensare i crediti derivanti dall'applicazione delle penali con le somme eventualmente dovute all'ente gestore in virtù del contratto.

8. Fermo quanto previsto ai commi precedenti, l'ente gestore prende atto che in tutti i casi di subentro di un nuovo soggetto nella titolarità o nella gestione dell'unità di offerta, il gestore subentrante dovrà stipulare un nuovo contratto.

9. Tuttavia, il provvedimento di accreditamento e il presente contratto resteranno efficaci sino al giorno in cui l'accreditamento sarà volturato a favore del soggetto subentrante e l'ASL avrà sottoscritto con quest'ultimo un nuovo contratto.

10. L'ente gestore, pertanto, si obbliga, a proseguire la gestione dell'unità di offerta agli stessi patti e condizioni previsti nel provvedimento di accreditamento e nel presente contratto fino a quanto l'accREDITamento non sarà volturato a favore del nuovo gestore e l'ASL non avrà sottoscritto con lo stesso un nuovo contratto.

Art. 9

(riferito esclusivamente alle unità di offerta realizzate con finanziamenti pubblici, statali o regionali)

Unità d'offerta di proprietà del soggetto accreditato

Il soggetto accreditato (gestore dell'unità d'offerta) si impegna, sino alla scadenza del presente contratto, e comunque entro i termini fissati dal finanziamento se precedente, a non alienare a terzi la proprietà e i diritti reali sull'immobile relativo alla unità d'offerta accreditata e che ha costituito oggetto di finanziamento pubblico. Il soggetto accreditato si impegna, inoltre, a non modificare la destinazione d'uso del medesimo bene finanziato. Le parti convengono che l'alienazione della proprietà o di diritti reali sul bene finanziato o la modifica della destinazione d'uso del bene medesimo comporta la risoluzione di diritto del contratto di accreditamento, ai sensi dell'art. 1456 c.c. salvo le eccezioni previste dalla Linee guida.

Unità d'offerta di proprietà di soggetto diverso dal soggetto accreditato

Le parti convengono che l'alienazione a terzi della proprietà o di diritti reali sul bene immobile relativo alla unità d'offerta accreditata ovvero la modifica della sua destinazione d'uso, che dovesse intervenire nel corso dell'esecuzione del presente contratto, per fatti anche non imputabili al soggetto accreditato, comporta la risoluzione di diritto del contratto medesimo, ai sensi dell'art. 1456 c.c.

Art. 10

Controversie

1. Per ogni controversia che dovesse insorgere sulla interpretazione e sulla applicazione del presente contratto è competente il Foro di

Art. 11

Durata

1. Il presente contratto ha validità di tre anni con decorrenza dalla data di stipulazione. Novanta giorni prima della scadenza, ricorrendone i presupposti, in relazione alla permanenza dei requisiti ed agli obiettivi della programmazione sociosanitaria regionale e locale, le parti si impegnano a negoziare i contenuti del nuovo contratto.

2. In caso di cessazione dell'attività, corre l'obbligo per il gestore di darne preventiva comunicazione all'ASL con preavviso di almeno 90 giorni, garantendo comunque la continuità delle prestazioni per tale periodo.

Art. 12

Clausola penale

1. Le parti convengono che, in caso di inadempimento da parte del gestore delle obbligazioni di cui all'art. 4 del presente contratto, che non costituisca causa di risoluzione, previa diffida ad adempiere entro un congruo termine, la parte inadempiente è tenuta a pagare all'ASL a titolo di penale la somma di Euro 3.000. (tremila)

Art. 13

Allegati

1. Il contratto è redatto in triplice copia, di cui una da trasmettere alla Direzione Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale della Regione Lombardia a cura dell'ASL.
2. L'allegato 1 (o gli allegati) relativo (o relativi) al (budget annuale o al premio qualità) costituisce parte integrante del presente contratto.

Art. 14

Recepimento di disposizioni regionali e accordi applicativi

1. Le parti danno atto che il presente contratto si intende automaticamente modificato o integrato per effetto di sopravvenute disposizioni regionali il cui contenuto comunque deve essere formalmente reso noto dall'ASL all'ente gestore, con indicazione dei termini relativi alle diverse obbligazioni.
2. In tutti i casi in cui si rinvenga la necessità di apportare modifiche o integrazioni al presente contratto, per mezzo di clausole integrative, queste dovranno preventivamente essere sottoposte all'autorizzazione della Regione.

Art. 15

Norma di rinvio

1. Per ogni aspetto non disciplinato dal presente contratto si fa rinvio al codice civile e alla disciplina normativa di settore.

Letto, confermato e sottoscritto.

IL DIRETTORE GENERALE ASL

IL LEGALE RAPPRESENTANTE
DELL'ENTE GESTORE

Clausole da inserire nei contratti in relazione alle specifiche unità d'offerta

Remunerazione delle prestazioni. Regole ed adempimenti specifici ad integrazione dei corrispondenti articoli del contratto tipo.

Lo schema tipo di contratto di accreditamento, proposto con il presente provvedimento, andrà integrato mediante l'inserimento di clausole specifiche dedicate a singole tipologie di unità d'offerta.

«Oggetto»

«Il Centro è aperto n. X giorni alla settimana, dal al, ed osserva il seguente orario di funzionamento: (descrizione). E' prevista/non è prevista una chiusura per le vacanze, di n. X settimane nell'anno». (a valere per C.D.D. e C.D.I.)

«Obblighi di carattere generale»

«Il gestore provvede alla cancellazione degli ospiti dagli elenchi dei rispettivi medici di medicina generale a partire dal giorno dell'ingresso o comunque dalla data di sottoscrizione del contratto se successivo ed alla adozione del codice relativo». **(a valere per le R.S.A. - R.S.D. ivi compresi i disabili ex Delib.G.R. n. 8/5000 del 2007)**

«Sistema tariffario e pagamenti»

«Le assenze temporanee di tutti gli ospiti delle residenze, dovute a ricoveri ospedalieri, rientri in famiglia per festività, vacanze ecc., possono essere esposte come giornate di presenza entro il limite massimo di 15 giorni, a condizione che venga garantito all'ospite il mantenimento dello stesso posto letto che non deve essere occupato da altro utente durante. Il periodo di assenza». (a valere per R.S.A. - R.S.D., disabili ex Delib.G.R. n. 8/5000 del 2007 e Comunità per Tossicodipendenti)

«Le assenze temporanee degli ospiti dei CDD dovute a malattie, possono essere esposte come giornate di presenza entro il limite massimo di 10 gg consecutivi»;

(a valere per C.D.D. ivi compresi i disabili ex Delib.G.R. n. 8/5000 del 2007)

«Le assenze per ricoveri ospedalieri degli ospiti dei CDI, possono essere esposte come giornate di presenza entro il limite massimo di 15 giorni consecutivi».

(a valere per C.D.I. ivi compresi i disabili ex Delib.G.R. n. 8/5000 del 2007)

«Per i posti letto di sollievo accreditati messi a disposizione con il presente contratto, l'ASL si impegna al pagamento della tariffa base anche per i giorni nei quali i posti letto dovessero rimanere non occupati». **(a valere per R.S.A. – R.S.D.)**

«Possono essere retribuite prestazioni erogate con la modalità del soggiorno climatico, indipendentemente dal periodo nel quale viene svolto, a condizione che:

- il soggiorno sia organizzato direttamente dal gestore e sia previsto nel P.A.I. della persona assistita;

- sia garantito anche presso la destinazione climatica lo standard di personale previsto dall'accreditamento;

- non venga superato il budget annuale». **(a valere per C.D.D. e C.D.I. ivi compresi i disabili ex Delib.G.R. n. 8/5000 del 2007)**

«Per i minori disabili, per i quali il programma personalizzato preveda un raccordo con la scuola, dove sono inseriti, e si renda necessario un intervento degli educatori del centro presso la scuola stessa, è possibile rendicontare la frequenza scolastica ai fini delle presenze e provvedere alla conseguente remunerazione». **(a valere per C.D.D.).**

«In caso di apertura giornaliera superiore alle 8 ore verrà riconosciuta la tariffa massima equivalente ad una giornata/persona, anche per un utente che ne usufruisca per poche ore. L'unico vincolo è che alla somma di più part-time che si alternano nella stessa giornata senza che ciò comporti uno splafonamento rispetto al n. di posti accreditati (purché non superino il totale delle ore di apertura giornaliera del servizio) verrà comunque riconosciuta una sola giornata/persona nella misura della tariffa massima prevista». **(a valere per C.D.I.)**

«Non saranno pagate prestazioni nei confronti di persone contemporaneamente assistite da altro servizio socio sanitario a meno che non sia certificata l'impossibilità da parte di tale servizio di erogare la prestazione in quanto non riconducibile ad una riabilitazione di mantenimento che la struttura deve garantire, a condizione che vi sia un piano riabilitativo sottoscritto dalla struttura riabilitativa con l'altra struttura socio sanitaria». **(a valere per Strutture di riabilitazione per persone già utenti di R.S.A., R.S.D. C.D.D., C.D.I.)**

«E' riconosciuto il pagamento della prestazione relativa a regime diurno continuo, purché il ciclo sia stato svolto per almeno l'80%».

«In caso di ricovero di paziente minore:

– per il genitore accompagnatore è previsto il posto letto e questo, in analogia con quanto già previsto per ricovero ospedaliero di paziente minore disabile con genitore accompagnatore, è remunerato ai sensi della *Delib.G.R. n. 6/29480 del 1997* per l'accompagnatore, riconfermata con *Delib.G.R. n. 6/35597 del 1998*».

– gli eventuali rientri in famiglia devono essere previsti dal Piano e dal Programma Riabilitativo Individuale, concordati con la famiglia e, se necessario, sostenuti con la messa a disposizione di un operatore da parte del gestore della struttura».

«Sono rendicontabili e remunerabili le prime visite cui segue una presa in carico riabilitativa in regime ambulatoriale o domiciliare». **(a valere per le Strutture di riabilitazione)**

La certificazione delle rette ai fini fiscali

La certificazione avente ad oggetto il pagamento della retta e la sua composizione, a cura dei soggetti gestori, è stata introdotta dalla *Delib.G.R. 21 marzo 1997, n. 6/26316*, ai sensi della quale la parte sanitaria della retta viene determinata al fine di consentirne la deduzione o la detrazione fiscale.

Infatti, la disciplina fiscale prevede espressamente che, in caso di ricovero di un anziano o di persona con invalidità civile riconosciuta o con handicap in istituto di assistenza non sia possibile portare in detrazione o deduzione l'intera retta pagata, ma solo la parte che riguarda le spese mediche e le spese paramediche di assistenza specifiche e a tal fine si prevede il rilascio di apposita attestazione da parte dell'istituto di assistenza.

I modelli unico e 730, con le relative istruzioni, sono approvati con provvedimento dell'Agenzia delle Entrate, pubblicato sulla G.U. (per l'anno 2006, si veda G.U. 8 febbraio 2007, n. 31).

Testualmente le istruzioni del rigo E1 colonna 2: «In caso di ricovero di un anziano in un istituto di assistenza e ricovero la detrazione non spetta per le spese relative alla retta di ricovero

e di assistenza, ma solo per le spese mediche che devono essere separatamente indicate nella documentazione rilasciata dall'istituto (nel caso di ricovero di anziano portatore di handicap vedere le istruzioni del rigo E21)». Il rigo E21 tratta la deducibilità delle spese mediche della retta.

Quindi: un anziano non invalido ricoverato può detrarre le spese mediche della retta, mentre un anziano invalido (in genere non autosufficiente con o senza indennità di accompagnamento) può dedurre le spese mediche della retta.

In ogni caso, quindi, si dà atto che la retta è composta da una quota di costi sanitari.

I cedolini hanno una finalità meramente fiscale e costituiscono la prova che la retta è composta da una quota corrispondente ai costi sanitari. Se così non fosse, non avrebbero ragione di essere, poiché la disciplina fiscale prevede la deducibilità o detraibilità delle spese sanitarie sostenute, anche nell'interesse dei familiari, per il ricovero in un istituto di assistenza.

Le istruzioni per la compilazione del modello 730 prevedono espressamente l'obbligo della certificazione a carico dell'istituto.

Il principio trova fondamento nell'art. 10 (Oneri deducibili) del *D.P.R. n. 917/86*, di approvazione del T.U. delle imposte sui redditi.

In un parere reso dall'Agenzia delle entrate della Direzione regionale del Veneto in data 27 aprile 2004 pr. 907-7329, si legge testualmente: «Con riferimento alle spese sostenute per il ricovero di un anziano in un istituto di assistenza e ricovero, le istruzioni per la compilazione dei modelli Unico 2004 e 730 2004 precisano che la detrazione, o deduzione, nei casi di anziani portatori di handicap, non spetta per la retta di ricovero, ma solo per le spese mediche e di assistenza specifica (cfr. la C.M. 12 maggio 2000 n. 95/E, punto 1.1.8.), indicate separatamente nella documentazione rilasciata dall'Istituto. Tanto premesso, non essendoci alcuna specifica indicazione in merito alle modalità di determinazione delle spese sanitarie, deducibili o detraibili ai sensi degli *articoli 10 e 15 del D.P.R. 917/1986*, si ritiene che la somma da indicare separatamente nella documentazione rilasciata agli ospiti delle strutture gestite da..., possa essere determinata sulla base dei rendiconti disposti ai sensi della normativa della Regione Veneto, adottando un criterio che determini in modo preciso e certo dette spese».

Quindi compete alla Regione fissare i criteri per la compilazione della dichiarazione e ciò è stato fatto con una deliberazione del 1997.

Gli enti gestori, a fronte del mancato pagamento delle rette, non possono che rivalersi sui soggetti che hanno assunto l'impegno contrattuale, ricordando che al momento dell'ingresso nella unità d'offerta compete ai medesimi enti rilevare le condizioni che danno diritto all'eventuale integrazione economica della retta, ai sensi della disciplina in materia di ISEE, da parte del comune di residenza, che deve essere immediatamente informato. In caso di mancato pagamento, l'integrazione economica della retta è un obbligo del comune, sussistendone i presupposti, e non degli enti del SSR, a cui compete far fronte ai costi di gestione nei limiti stabiliti dalla normativa sui Livelli Essenziali di Assistenza.

SCHEMA TIPO CONTRATTO INTEGRATIVO RELATIVO AL BUDGET

PREMESSO che:

1. con Deliberazione la Giunta Regionale ha, fra l'altro, approvato lo schema tipo di contratto da sottoscrivere tra l'ASL e i soggetti gestori per le unità di offerta sociosanitarie;

2. in data tra l'ASL e gestore del, sito a in,

si è stipulato un contratto secondo lo schema previsto per l'erogazione a seguito dell'accreditamento di n. posti / prestazioni;

3. con la Delib.G.R. n. 2040 dell'8 marzo 2006, la Giunta regionale ha conferito alle singole ASL il mandato di sottoscrivere un contratto integrativo, conforme allo schema approvato, con tutti i soggetti gestori delle unità di offerta;

DATO ATTO che:

le Parti, dopo approfondito esame di quanto indicato nella deliberazione e ne hanno condiviso le regole procedurali ed hanno raggiunto un accordo concernente le modalità applicative della negoziazione;

TUTTO CIO` PREMESSO

Tra

L'azienda sanitaria locale (ASL) con sede legale a in via n. codice fiscale, nella persona del direttore generale, legale rappresentante pro-tempore,, domiciliato per la carica presso la sede dell'ASL, con l'assistenza del direttore sociale;

e l'ente gestore

....., con sede legale a in via codice fiscale, nella persona del signor, in qualità di legale rappresentante pro-tempore/amministratore, per l'unità d'offerta sociosanitaria denominata, con sede a in via,

codice di struttura n.;

Si conviene e si stipula, ad integrazione del contratto già stipulato tra le stesse parti in data le cui disposizioni rimangono in vigore per quanto non diversamente previsto dal presente atto integrativo:

Art. 1

Oggetto

Le presenti disposizioni, che avranno validità per l'esercizio fatta salva la facoltà di recesso di cui all'art. 11 dello schema di contratto sottoscritto, integrano il contratto già stipulato tra le stesse Parti in data

Art. 2

Ambito di applicazione

Le presenti disposizioni integrative al contratto si applicano relativamente all'erogazione di per tutti i cittadini residenti in Regione Lombardia e non solo alla quota relativa ai consumi dei residenti nella ASL di ubicazione della unità d'offerta. Per quanto riguarda le prestazioni erogate nei confronti di pazienti provenienti da altre regioni, verranno remunerate a produzione effettiva, secondo le tariffe vigenti in Lombardia. Le prestazioni relative ai pazienti provenienti da altre regioni non sono definite nel loro valore in quanto la funzione di tutela dei cittadini spetta alle relative regioni ed ASL di residenza che sono tenutarie della quota capitaria, della regolamentazione dell'accesso ai servizi e della erogazione degli stessi. Ciò non significa altresì che queste prestazioni non debbano essere prestate secondo gli stessi criteri di appropriatezza e di reale necessità che guidano l'erogazione dei servizi per i residenti lombardi e che le attività di controllo svolte dalle ASL sui propri erogatori riguardino anche l'appropriatezza e la correttezza delle prestazioni garantite a cittadini non residenti in Regione Lombardia.

Art. 3

Budget

Alla unità d'offerta è destinato, per l'anno, un budget di Euro relativo all'erogazione

Al raggiungimento della predetta soglia di Euro, in assenza di previo accordo, non sarà riconosciuta la remunerazione delle prestazioni erogate a carico del bilancio della Regione Lombardia.

L'eventuale integrazione di risorse, sarà concordata per iscritto tra la ASL ed i soggetti accreditati e contrattualizzati coinvolti nella erogazione delle citate prestazioni, compatibilmente con il budget delle aziende ASL e sentita la Direzione Generale Famiglia Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale.

Del budget succitato, la quota del % pari a Euro è vincolata (ai sensi della deliberazione n. del) per il raggiungimento degli obiettivi aggiuntivi di qualità indicati nella tabella allegata, quale parte integrante e sostanziale del presente atto, previa valutazione dell'effettiva realizzazione di quanto in essa previsto (da valere per le unità d'offerta aventi una destinazione vincolata di parte del budget).

Art. 4

Raggiungimento del valore di produzione assegnato

Le parti concordano che il raggiungimento del valore negoziato sarà valutato applicando ai volumi delle prestazioni erogate nel corso del le tariffe definite con deliberazione dalla Giunta regionale.

Letto, confermato e sottoscritto.

Data e luogo.

IL DIRETTORE GENERALE ASL

IL LEGALE RAPPRESENTANTE
DELL'ENTE GESTORE

(19) Ad integrazione della presente deliberazione vedi la *Delib.G.R. 30 marzo 2011, n. 9/1479* e la *Delib.G.R. 28 luglio 2011, n. 9/2057*.

Allegato 14 **Cronicità e CREG ⁽²⁰⁾**

Premessa

Il Capitolo Sanitario del Piano Regionale di Sviluppo della IX Legislatura ha come titolo una prospettiva di cambiamento epocale: dalla cura al prendersi cura.

Ciò significa che quando emerge un bisogno di natura sanitaria il primo compito è quello di rispondervi in una prospettiva che è quella del percorso del paziente senza sentirsi a priori legati ad un modello predefinito di intervento e a degli attori che lo realizzino in esclusiva.

Molte risorse sono state impegnate per verificare fino in fondo questa ipotesi ma la realtà dei fatti ha mostrato che l'attuale organizzazione delle cure primarie manca, in termini complessivi, delle premesse contrattuali e delle competenze cliniche, gestionali ed amministrative richieste ad una organizzazione che sia in grado di garantire una reale presa in carico complessiva dei pazienti cronici al di fuori dell'ospedale. Il tanto evocato potenziamento delle cure extraospedaliere non può che realizzarsi favorendo, al di fuori dell'ospedale, la crescita di un soggetto che sia in grado di sostenere il confronto con l'ospedale, non solo in termini clinici ma anche gestionali ed organizzativi, andando quindi a creare un polo territoriale forte che possa garantire il nascere della «tensione» necessaria ad attivare il circuito ospedale / territorio, indispensabile per ottenere la gestione delle patologie croniche efficacemente anche fuori dall'ospedale, anzi, usandolo il meno possibile.

La capacità di programmare un percorso di cura e di essere proattivi verso la malattia cronica è stata sviluppata in alcuni casi a livello specialistico. Gli ambulatori ospedalieri di patologia sono una realtà ma hanno il «difetto» di avere un approccio esclusivamente clinico e di avere in carico i pazienti più collaborativi e/o più complessi perdendo di vista però la gran parte dei soggetti, soprattutto nella fase meno grave, ma più lunga, della patologia.

Nella cronicità da «curare» sono anche e soprattutto: la frammentazione dei percorsi di cura e dei trattamenti terapeutici, l'autoreferenzialità degli specialisti e conseguentemente dei soggetti erogatori, la scarsa conoscenza da parte dei cittadini della rete dei servizi e delle conseguenze connesse ad un inadeguato trattamento terapeutico.

In particolare, una delle criticità maggiormente evidenziate dai cittadini è l'insufficienza di continuità delle cure, ovvero il «vuoto» assistenziale, talora percepito come abbandono istituzionale, quando sono necessari, per assistere i pazienti, molteplici interlocutori e/o diverse modalità assistenziali. Tale discontinuità comporta costi, non solo economici, per il malato, la famiglia, gli operatori e per le performance del sistema assistenziale nel suo complesso.

Da un punto di vista clinico molte indagini effettuate per verificare l'aderenza ai Processi Diagnostico Terapeutici (PDT) hanno messo in evidenza che solo una modesta quota dei soggetti può essere adeguatamente considerata «in percorso». In termini di salute ciò significa maggiori complicanze, ricoveri ripetuti e disabilità ed in termini economici più costi evitabili.

Ancora più esplicitamente: il CReG non deve essere considerato esclusivo appannaggio dei MMG come le cure sanitarie subacute non sono da considerarsi a priori esclusiva competenza degli ospedali.

Per la gestione territoriale delle patologie della cronicità sarà garantita la continuità del processo di diagnosi e cura programmato in filiera domicilio-territorio-ospedale-territorio-domicilio.

Per la gestione del processo di cura del paziente cronico le competenze dei diversi attori coinvolti procederanno in parallelo e/o in sequenza secondo distinte matrici di responsabilità tecniche sanitarie per le cure e sociali per l'assistenza.

In un contesto di territorio modellato sulle reti di patologia e di cronicità i principali punti di raccordo della rete delle cure saranno i Medici di Medicina Generale (MMG), i Pediatri di Libera Scelta (PLS), le ASL, i soggetti erogatori di ricovero e cura e quelli extraospedalieri di specialistica ambulatoriale, che dovranno lavorare in sinergia attraverso una maggiore integrazione operativa.

Cronicità e CReG (Cronic Related Group)

Il sistema è oggi ampiamente organizzato per affrontare la malattia in fase acuta. Poco importa che si tratti di un semplice rialzo febbrile o di un evento particolarmente drammatico come un infarto o un ictus. Regione Lombardia ha una rete di cure primarie, di continuità assistenziale ed ospedaliera di primordine ed ha progettato e realizzato uno dei migliori sistemi per l'emergenza urgenza.

Nel caso dell'acuzie la richiesta del cittadino è immediatamente percepibile, incalzante ed ineludibile. La risposta clinica (diagnosi e terapia) deve essere rapida. Le risorse tecnologiche e professionali devono essere e mantenersi di alto livello.

La gestione della fase cronica delle patologie richiede cultura, mezzi e strumenti diversi. L'inquadramento clinico in molti casi non è complesso. A ciò si aggiunga che nel paziente cronico il lavoro di tipo clinico è spesso associato ad altre attività di cura quali la valutazione di aspetti epidemiologici, attività sanitarie necessarie per effettuare attività di stadiazione, monitoraggio dei dati clinici e controllo dell'evolversi della malattia. L'evoluzione di molte malattie croniche è spesso lenta, seguendo in modo lineare l'invecchiamento della persona. Per la gran parte del decorso, anche pluridecennale, di molte malattie croniche la patologia procede attraverso fasi improvvise di riacutizzazione o scompenso o con caratteristica di prevedibilità e pertanto è richiesto un programma di monitoraggio dei dati clinici e la disponibilità di applicazioni terapeutiche.

L'obiettivo è mantenere cronica la cronicità il più possibile garantendo al soggetto il miglior compenso clinico, ritardando il più possibile il danno d'organo con le note conseguenze in termini di invalidità e/o disabilità. Per questo tipo di attività non necessariamente è richiesta un'alta

specializzazione e l'intervento non si esaurisce nell'hic et nunc tipico dell'intervento ospedaliero acuto ma si sviluppa in molteplici attività di varia natura ma orientate, nel corso degli anni, allo stesso obiettivo.

E' sempre più evidente che per opporsi alle malattie croniche sono necessari strumenti, competenze ed organizzazione che solo in parte si sovrappongono a quelli utilizzati per la patologia acuta e richiedono lo sviluppo di metodi ed idee innovative.

Da alcuni anni sono in atto varie esperienze (gruppi di cure primarie, dote sanitaria, ambulatori di patologia, network di patologia, etc.) che esprimono positivamente nuovi percorsi e l'impegno di molti professionisti per operare in modo sinergico per matrici di responsabilità ed innovativo.

Queste sperimentazioni hanno puntato quasi esclusivamente sul coinvolgimento del MMG considerandolo il principale agente di cui il sistema dispone per affrontare le esigenze post acute e territoriali della cronicità.

L'evoluzione della malattia cronica richiede l'elaborazione di Piani di cura individuali e flessibili, temporalmente adeguati, in relazione ai bisogni che progressivamente emergono, modellati a partire da percorsi diagnostico terapeutici condivisi, realizzando in questo modo una continuità delle cure nel processo a livello individuale.

Per dare «continuità individuale» al piano di cura è necessaria una «continuità di sistema» tra i vari soggetti della rete dei servizi a qualsiasi stadio della malattia intervengano. L'approccio sinergico di processo per matrici di responsabilità realizza, tra l'altro, la piena attuazione dei livelli essenziali di assistenza nei suoi diversi ambiti (prevenzione, distrettuale, ospedaliero) oltre alla continuità delle cure.

La stadiazione della malattia è fondamentale per uniformare i bisogni, per definire il percorso di cura individualizzato e le risorse necessarie.

Di conseguenza diviene necessario che i sistemi informativi di rilevazione delle attività di ricovero vengano al più presto arricchiti prevedendo di raccogliere informazioni anche sui diversi stadi di gravità delle principali patologie croniche (scompenso cardiaco, BPCO, Osteoporosi, patologie neuromuscolari, diabete).

Gli strumenti utilizzati per affrontare la malattia acuta possono non essere sufficienti per l'affronto della malattia cronica e, pertanto, richiedono un impegno per lo sviluppo tecnologico sanitario, soprattutto nell'ambito della teletrasmissione dei dati clinici.

Le conseguenze per la salute dei cittadini sono che molti soggetti affetti da patologia cronica non fanno di esserlo o non si curano adeguatamente e vanno incontro a precoci complicanze perdendo salute e qualità di vita. Per i professionisti del sistema è quindi necessario dotarsi di una organizzazione specifica che porti a una costante collaborazione tra cure primarie e livello specialistico.

Protocolli terapeutici condivisi disegnano la continuità delle cure per matrici di responsabilità e renderanno possibile un utilizzo appropriato delle risorse elidendo duplicazioni di servizi e di prestazioni e favoriranno un miglior orientamento dei pazienti fra i diversi servizi necessari alla loro cura.

Si intende quindi sperimentare un modello di gestione extraospedaliera della cronicità che integri e migliori i servizi esistenti e che coinvolga, in una dinamica sussidiaria, le competenze

che, concordando con l'obiettivo posto, accettino di mettersi a disposizione del sistema per realizzare sempre più la continuità delle cure.

Lo strumento che si intende implementare è denominato CReG (Cronic Related Group).

Con tale termine si intende una innovativa modalità di presa in carico dei pazienti che, a fronte della corresponsione anticipata di una quota predefinita di risorse (CReG), deve garantire, senza soluzioni di continuità e cali di cure, tutti i servizi extraospedalieri (ambulatoriale, protesica, farmaceutica, ospedalizzazione domiciliare) necessari per una buona gestione clinico organizzativa delle patologie croniche. L'insieme di attività, servizi e prestazioni previsti nel pacchetto rappresentato dal CReG è patologia specifica finanziato dai LEA.

Per avviare la nuova organizzazione sono indispensabili tre elementi tecnologici ed una piattaforma organizzativa.

I pilastri tecnologici

BDA

Il primo riguarda la capacità dei nostri sistemi informativi di identificazione e stadiazione della malattia cronica.

Attualmente è in uso in tutte le ASL la cosiddetta BDA (Banca Dati Assistito) grazie a cui è possibile individuare e classificare tutti i soggetti affetti da patologie croniche. Questo tipo di classificazione, fortemente improntato alla logica epidemiologica, non è spesso in grado di distinguere le diverse fasi evolutive di una stessa malattia, soprattutto relativamente alle diverse necessità di prestazioni e di servizi.

Questa è la ragione per cui si rende necessario modificare gli attuali criteri di identificazione delle classi BDA proprio per renderli più pertinenti alle diverse fasi e necessità di cura della cronicità già positivamente sperimentati con la Dote Sanitaria.

PDT (Processi Diagnostico Terapeutici di cura) e linee guida

Rappresentano il secondo pilastro tecnologico in quanto servono ad identificare gli appropriati fabbisogni di cura di ogni cronicità. Rappresentano, dei tre, l'elemento maggiormente sviluppato nella nostra regione. Sono state formalizzate e condivise procedure diagnostiche e terapeutiche regionali per le principali patologie croniche (ipertensione, diabete, BPCO, etc.). In questo caso il lavoro richiede il miglioramento continuo della qualità delle cure sanitarie attraverso il riordino e l'aggiornamento dei documenti di consenso già prodotti. Lo sviluppo di linee guida e di processi di cura è fondamentale per monitorare l'adesione ai percorsi e per implementare il sistema dei controlli.

Criterio di remunerazione del servizio

La logica che guida la definizione del rimborso è molto simile a quella che viene utilizzata per classificare e pagare le attività erogate in acuzie (DRG). Ad ogni raggruppamento omogeneo di patologia o pluripatologia è assegnata una tariffa che comprende i consumi per ambulatoriale,

farmaceutica, ossigeno, protesica, ospedalizzazione domiciliare e degli eventuali ricoveri effettuati in ingresso nelle c.d. strutture subacute.

Nella tariffa sono ricompresi la compilazione dei piani terapeutici individuali di cura, il debito informativo, il rilascio dell'esenzione per patologia, la fornitura dei presidi e protesi a domicilio, farmaci in WEB o a domicilio, gli eventuali trasporti (dializzati). Sono esclusi dalla tariffa i ricoveri per acut, quelli in riabilitazione e la quota capitaria del MMG.

I tre elementi di base di cui sopra rappresentano i pilastri tecnologici indispensabili su cui costruire la nuova piattaforma organizzativa.

Piattaforma organizzativa

Individuazione dei pazienti

Le 5 ASL nel cui territorio si svolgerà la sperimentazione, che saranno individuate dalla D.G. Sanità entro il 31 dicembre 2010, secondo i nuovi criteri che saranno applicati alla BDA, individuano i pazienti da reclutare nel progetto. In una prima fase le patologie individuate saranno: Broncopneumopatie Cronico Ostruttive (BPCO), Scompenso Cardiaco, Diabete di tipo I e tipo II, ipertensione e cardiopatia ischemica, Osteoporosi, patologie neuromuscolari. L'Area territoriale minima sarà rappresentata da un distretto. È infatti indispensabile avere un numero di pazienti sufficiente per ridurre al minimo la variabilità di consumi osservati rispetto a quelli attesi che saranno la base per definire l'ammontare economico del cosiddetto CReG.

Assegnazione delle risorse

Una volta definito l'ammontare delle risorse da dedicare per la realizzazione del progetto le stesse saranno assegnate a quei soggetti accreditati già a contratto governati dalla ASL che si faranno carico di garantire le cure.

Gli attori coinvolti dalla ASL in questo processo opereranno nell'ottica prevalente di assicurare la continuità di cura. La ASL contratterà direttamente con gli erogatori le prestazioni necessarie. Nessun vincolo deve essere posto alla libera scelta del cittadino.

soggetti accreditati già a contratto e coordinati dalla ASL operano in modo sinergico secondo le matrici di responsabilità di processo. Il ruolo della ASL è quello di governance e di monitorare, valutare e perseguire l'appropriatezza dei processi clinico-terapeutici.

Alla ASL è lasciato ampio margine per sperimentare le modalità tecnologiche ed organizzative sanitarie più consone al perseguimento dell'obiettivo (call center, telemedicina, carte della salute, etc.).

Contratto

Il contratto è formulato dalla ASL e condiviso dai soggetto accreditati e già a contratto e deve definire:

- gli elementi caratterizzanti la centralità dell'assistito,
- l'elenco degli assistiti a cui assicurare la continuità di cura,

- la valutazione iniziale dei bisogni attesi,
- le modalità di sinergia, collaborazione e raccordo con le cure primarie e le funzioni ospedaliere e territoriali dell'ospedale.
- gli obiettivi da raggiungere con relativi indicatori di processo intermedi e finali (chiari, realistici e misurabili);
- la modalità di trasmissione delle informazioni
- le modalità di pagamento,
- le modalità attuative dei controlli

Rendicontazione delle attività rese

In analogia a quanto avviene per la remunerazione delle attività per acuti è necessario che ogni percorso attuato sia adeguatamente rendicontato attraverso modalità formali. Alla ASL dovranno essere comunicati per ogni singolo soggetto il tracciato record degli eventi formalmente rappresentati attraverso una sorta di Scheda di Percorso Territoriale in analogia a quanto avviene per i ricoveri ospedalieri con la SDO. La SPT può anche essere eventualmente surrogata dal patient file o dal FSE (fascicolo sanitario elettronico).

Attività di controllo

Sono in carico alla ASL che definisce nel contratto le modalità di esecuzione e la numerosità dei percorsi da controllare.

(20) Ad integrazione della presente deliberazione vedi la *Delib.G.R. 30 marzo 2011, n. 9/1479* e la *Delib.G.R. 28 luglio 2011, n. 9/2057*.

Allegato 15 **Attività di tipo sub-acuto ⁽²¹⁾**

Premessa

La nuova prospettiva posta dal PSSR 2010-2015, intitolato dalla cura al prendersi cura, afferma un principio che cambia in modo significativo l'organizzazione e l'erogazione delle attività di ricovero e cura. Infatti il «prendersi cura» prevede anche la necessità di erogare le prestazioni nella modalità più adeguata per i pazienti. I nuovi ospedali, in fase di avvio in questi mesi, sono stati progettati per funzionare secondo il modello delle aree di intensità di cura. Questo nuovo modello organizzativo «costringe» a riflettere su come oggi si stanno utilizzando gli ospedali che sono sempre più complessi e tecnologicamente evoluti e ci fa comprendere con maggiore chiarezza che la risposta ad un bisogno deve avere una forma sempre più adeguata alle reali necessità clinico terapeutiche dei pazienti. Questa svolta di tipo organizzativo ci porta a riflettere sulla gestione intraospedaliera dei

pazienti anziani, ricoverati prevalentemente in reparti di medicina, che pur avendo raggiunto un buon compenso offrono il rischio di instabilità clinica e che per vari motivi

di natura sanitaria e/o familiare non possono essere dimessi al domicilio. Ciò comporta spesso delle degenze di lunga durata che si svolgono in un contesto di intensità di cura che non è quello adeguato per i pazienti e che anzi li espone ai rischi tipici legati alla permanenza in ospedale. Una risposta a questo fabbisogno può essere quella di realizzare delle strutture di tipo intermedio sub acuto che possano permettere di curare questo tipo di pazienti in un modo alternativo alla degenza classica ospedaliera.

Stato dell'arte

Nella nostra regione sono oggi in fase avanzata di realizzazione tre progetti (due a Milano, uno in provincia di Cremona a Soncino e uno a Varese) finalizzati a sperimentare delle modalità, alternative alla UO ospedaliera, di cura ed assistenza di pazienti prevalentemente molto anziani e ricoverati in UO di Medicina Generale che, pur avendo superato la fase di instabilità e criticità clinica, continuano ad avere un quadro critico soprattutto dal punto di vista dell'efficacia delle cure in quanto presentano il rischio che la precaria stabilizzazione clinica possa dare origine ad episodi acuti. Alla residua complessità delle cure si aggiungono in molti casi problemi di tipo logistico e familiare che richiedono di prolungare le degenze inappropriatamente. A ciò si aggiunga la necessità che i cosiddetti ospedali per acuti svolgano sempre più il loro ruolo concentrandosi sulla casistica di maggiore complessità clinica e terapeutica.

Prospettiva e definizione delle attività

Il PSSR 2010/2015, riprendendo in termini programmatici e propositivi questo tema, parla dello sviluppo di un'area sub acuta tra l'ospedale per acuti ed il domicilio che assolverà contemporaneamente agli obiettivi di ridurre il carico di pazienti in fase post acuta che restano a lungo negli ospedali per acuti in quanto non ancora dimissibili per la necessità di individuare il livello di cure post acute più utile e appropriato.

Queste attività non devono assolutamente essere confuse con quelle riabilitative di bassa complessità in quanto la loro principale caratteristica è quella di mantenere la stabilizzazione clinica raggiunta nel corso del ricovero acuto fornendo dei servizi sanitari, oggi forniti in larga misura in ospedali per acuti, caratterizzati da una forte e competente componente diagnostico terapeutica.

Tali attività, se adeguatamente definite ed organizzate, permetterebbero sia di rispondere meglio ai bisogni di cura dei pazienti, sia di ridurre i costi ospedalieri, dovuti a ricoveri ripetuti, impropri e prolungati. In questo senso la realizzazione di attività di cure intermedie bene si inserisce nella direzione degli ultimi indirizzi normativi regionali e negli indirizzi del Patto della Salute finalizzati a perseguire ulteriormente l'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri.

Queste attività dovranno essere erogate in strutture di ricovero e cura di complessità medio bassa accreditate e a contratto e potranno integrarsi con attività ambulatoriali erogate anche da specialisti ambulatoriali in sinergia con Medici di Medicina Generale associati.

Scenario di riferimento

Nel contesto delle sperimentazioni in atto sopra ricordate sono state sviluppate delle scale di valutazione sia della criticità / instabilità clinica dei pazienti, sia della complessità di cura che

permettono, sulla base dei dati ad oggi raccolti, di essere un ausilio al fine di definire in via oggettiva una soglia di ammissibilità alle attività di cure intermedie sub acute.

Una modalità adeguata per quantificare il fabbisogno di posti letto già accreditati e a contratto che potranno essere convertiti, fin dal 2011, per svolgere queste attività è quella di individuare, utilizzando i dati di ricovero più recenti (SDO del 2009), i ricoveri delle UU.OO. di Medicina Generale che hanno registrato una durata della degenza significativamente maggiore rispetto a quella media che nel 2009 è stata di 11 giorni.

Classe_degenza	Ricoveri	Età media	Degenza media	Gg diff / media	Gg totali diff.	Letti equivalenti
< 5	28.941	67,85	3,16			
5 – 9	61.683	72,02	6,93			
10 – 14	34.986	74,62	11,73			
15 – 19	15.773	75,59	16,69	6,0	93.982	
> = 20	17.554	75,28	29,20	18,5	324.214	
TOTALI	158.937	72,55	10,73		418.196	1.146

Dalla tabella sopra esposta si possono evidenziare due aree problematiche:

- 1) Un'area caratterizzata da un numero importante di ricoveri con degenza significativamente inferiore rispetto a quella media (< 5).
- 2) Un'area caratterizzata da ricoveri per pazienti molto anziani con degenze significativamente superiori rispetto a quelle medie (>= 15).

La prima area molto presumibilmente comprende degli accessi di emergenza urgenza che necessitano, anche per problemi di natura medico legale, di effettuare delle valutazioni diagnostiche complesse indifferibili. In questa area vi sono anche dei ricoveri riferibili a dei pazienti di tipo cronico che effettuano, per mancanza di una adeguata valutazione a livello del territorio, dei ricoveri di natura inappropriata che potrebbero essere evitati del tutto o che comunque potrebbero avvenire in una struttura di tipo sub acuto quale è quella che trattasi nel presente documento (funzione sub acuta in ingresso - con riduzione dei codici verdi e gialli).

La seconda area comprende dei ricoveri riferibili a pazienti che, pur avendo in larga parte risolto l'instabilità clinica causa del ricovero, per motivi di natura sanitaria non possono essere dimessi. (funzione sub acuta in dimissione). A questo riguardo è assolutamente necessario che i protocolli di gestione dei pazienti presso queste strutture sub - acute, considerando la natura sanitaria delle stesse, prevedano la sola presa in carico di pazienti con problemi di tipo sanitario (residua instabilità clinica non gestibile al domicilio) e che non si cerchi di supplire con questo tipo di struttura a problematiche di natura familiare e sociale che comporterebbero una impropria ed inappropriata completa messa a carico del servizio sanitario nazionale delle problematiche di natura non sanitaria.

Su base regionale il fabbisogno atteso di posti letto per attività di tipo sub acuto può essere previsto nell'ordine di circa 1.150 ed in considerazione delle 2 principali necessità sopra esposte afferenti all'area sanitaria.

Caratteristiche della struttura

Le strutture nelle quali saranno attivati questi posti letto saranno ospedali di tipo medio / piccolo non inseriti nella rete dell'emergenza urgenza nei quali siano presenti solo alcune specialità ospedaliere di base. Queste attività di natura sub - acuta infatti non devono essere effettuate in

strutture che abbiano le caratteristiche strutturali e tecnologiche degli ospedali per acuti e non devono neppure degli stessi diventare una copia in miniatura. L'obiettivo è infatti quello di promuovere il livello più appropriato e meno costoso di cura per le tipologie di pazienti sopra descritte.

Saranno strutture che comunque dovranno avere un livello minimo di potenziale diagnostico in ambito laboratoristico e radiologico in quanto i pazienti che giungeranno in ingresso e anche quelli provenienti dal reparto per acuti avranno la necessità di conferme diagnostiche.

Un discorso a parte invece deve essere fatto per i professionisti sanitari che dovranno operare in queste strutture.

I medici e gli infermieri infatti si troveranno di fronte alla necessità di soddisfare una nuova organizzazione per erogazione di cure di bassa e media intensità e di teletrasmissione, ad ospedali più complessi della rete, di dati da discutere in sede multidisciplinare anche mediante teleconferenza

Dovrà essere garantita la pronta disponibilità di un medico sulle 24 ore.

Date le caratteristiche delle strutture che accoglieranno queste attività le stesse saranno denominate ospedali a bassa complessità di cure sub-acute nelle quali queste attività saranno integrate con quelle ambulatoriali e con le altre che riguardano l'implementazione del modello di gestione della cronicità denominato CReG Territoriale che vedrà coinvolti a livello della ASL diversi attori, MMG compresi, che potranno trovare in queste strutture un luogo di integrazione e di supporto.

Da ciò ne consegue anche che i posti letto convertiti in queste attività saranno considerati come dei posti letto tecnici derivati già da quelli accreditati e a contratto e non entreranno più nel conteggio del tasso di posti letto così come già avviene per posti tecnici di dialisi, per le culle dei neonati e per i posti di macroattività ambulatoriale di nuova introduzione.

Prime ipotesi di criteri di accesso alle cure sub acute

I criteri di accesso alle cure sub-acute dovranno essere definiti in modo univoco a livello regionale con la finalità di avere l'implementazione sul territorio di strutture che consentano la appropriata continuità delle cure. Sono così identificati:

- diagnosi accertata;
- prognosi definita;
- consenso informato del paziente che deve essere edotto sulla peculiarità delle cure sub-acute;
- processo di stabilizzazione non ancora consolidata dei parametri vitali;
- necessità di proseguire cure in fase sub-acute con esigenza di stretto follow-up e completamento processo di guarigione.

Esempi di criteri di sufficiente stabilizzazione clinica per il trasferimento in ospedali a bassa complessità di cure sub-acute

- Non necessità di monitoraggio continuo cardio-respiratorio per avvenuto superamento di instabilità cardio-circolatoria in assenza di farmaci in infusione continua, non crisi iper-potensive, non aritmie «minacciose» o che inducano instabilità emodinamica (tachicardie ventricolari, extrasistoli poimorfe ripetitive)

- Respiro autonomo da > 48 ore (anche se con ossigenoterapia) con SaO₂ > 95%, PO₂ > 60 mmHg, CO₂ non > 45 mmHg. In pazienti con BPCO preesistente possono essere accettati valori di SaO₂ > 90%. La presenza di cannula tracheotomica non costituisce controindicazione. I parametri elencati devono essere verificati in assenza di supporto respiratorio (ad esempio CPAP)

- Non insufficienza acuta d'organo (es. IRA o diabete mellito mal controllato con la terapia insulinica) o multiorgano

- Assenza di stato settico, definito come: risposta infiammatoria acuta sistemica all'infezione, resa manifesta dalla presenza di 2 o più delle seguenti condizioni:

- temperatura corporea > 38° C o < 36° C

- frequenza cardiaca > 90'

- frequenza respiratoria > 20 atti/min o PCO₂ < 32mmHg

- globuli bianchi > 12.000/mm³, o < 4.000/mm³ o > 10% di cellule immature (21,22)

- Superamento del bisogno di alimentazione parenterale previsto nell'arco di 7-10 giorni o mantenimento di adeguati parametri idroelettrolitici e metabolici con nutrizione enterale (per OS, SNG, PEG)

- Assenza di indicazioni prioritarie ad interventi di chirurgia generale e/o ortopedica.

Criteri di esclusione:

- decadimento cognitivo MMSE < 17;

- pz oncologici terminali o in trattamento chemioterapico;

- pz psichiatrici

Costi

Sulla base dei dati raccolti nel corso delle sperimentazioni oggi in atto il valore di rimborso unitario pro die riservato a queste attività potrebbe essere pari ad un valore compreso tra circa i 150 ed i 190 euro. In considerazione della alternatività di queste attività rispetto a quelle per acuti ne deriva che, grazie al minore e più appropriato utilizzo delle strutture per acuti, le cure sub - acute troveranno parziale compensazione con minori costi per le attività ospedaliere tradizionali. I posti letto che dovranno essere trasformati in letti tecnici intermedi sub acuti saranno quelli provenienti da ospedali pubblici e privati con posti letto già accreditati ed a contratto con proporzione di 7/3 preferibilmente afferenti all'area riabilitativa che, sulla base dell'ultimo Patto della Salute Stato Regioni, dovranno subire nella nostra regione una riduzione di circa 1.000 unità. Si renderà anche obbligatorio implementare dei protocolli per la riabilitazione e l'ospedalizzazione domiciliare.

Le stime di fabbisogno effettuate portano ad una distribuzione sul territorio regionale che può essere prevedibile nei termini contenuti nella tabella seguente:

ASL	Letti
BG	118
BS	97
CO	54
CR	37
LC	55
LO	27
MN	30
MIC	249
MI1	146
MI2	59
MB	66
M12	59
MB	66
PV	91
SO	26
VA	76
VAL CAM	14
TOTALE	1.146

(21) Ad integrazione della presente deliberazione vedi la *Delib.G.R. 30 marzo 2011, n. 9/1479* e la *Delib.G.R. 28 luglio 2011, n. 9/2057*.

Allegato 16

Indirizzi di programmazione socio sanitaria ⁽²²⁾

Efficienza, semplificazione, digitalizzazione e innovazione

La *legge regionale n. 30/2006*, anche mediante le modifiche apportate dalla recente *legge regionale n. 14/2010*, ha definito la configurazione del sistema regionale, individuando gli enti che concorrono al raggiungimento degli obiettivi posti dalla programmazione regionale.

Le aziende sanitarie, quali enti del sistema regionale, devono pertanto improntare la loro attività ai principi che regolano l'azione amministrativa della regione, costituendo essi stessi lo strumento per la loro affermazione e concreta realizzazione.

L'efficienza, la semplificazione e l'innovazione (mediante anche i processi di digitalizzazione) della pubblica amministrazione hanno caratterizzato l'azione della regione Lombardia in questi 15 anni.

Ne sono una prova le profonde riforme, operate in sede legislativa, nell'ambito della semplificazione e della delegificazione dei rapporti tra cittadino-erogatore-aziende sanitarie.

Se è pur vero che le disposizioni di cui trattasi attengono all'attività propria della p.a., è obiettivo regionale che le regole della trasparenza, della sburocratizzazione, della semplificazione trovino espressione in ogni ambito dell'erogazione di un servizio pubblico sociale o sociosanitario e quindi diventino elemento costitutivo dell'attività anche dei soggetti erogatori accreditati.

Nell'ambito del settore in esame, si individuano, per l'anno 2011, le seguenti azioni a carico delle ASL:

a) Applicazione puntuale delle disposizioni della *legge 69/09*, con specifico riferimento alle strutture dei dipartimenti ASSI e Dipendenze: in quest'ambito le ASL sono tenute a trasmettere entro il 28 febbraio 2011 una certificazione attestante l'attuazione delle norme di legge, entro il 30 giugno 2011 la segnalazione delle relative criticità e gli strumenti per il loro superamento.

b) Concreta applicazione, nell'ambito della direzione sociale, del dipartimento ASSI e del Dipartimento Dipendenze, del principio di separazione dei compiti di alta amministrazione (programmazione e controllo) dai compiti propri dei dirigenti, che non può costituire un mero esercizio formale, ma trova effettiva traduzione in processi di valorizzazione e responsabilizzazione di questi ultimi, nell'ambito di una revisionata organizzazione aziendale. In questa prospettiva, va affermata l'autonomia tecnico-funzionale dei dipartimenti, sotto il coordinamento del direttore sociale, fermo restando il rapporto gerarchico funzionale rispetto al Direttore Generale dell'Azienda.

c) Digitalizzazione dei rapporti tra ASL ed erogatore privato a contratto con estensione: dell'impiego della posta elettronica certificata, della firma digitale, della possibilità di interrogare la p.a. sullo stato delle pratiche. Contestualmente, capacità del soggetto erogatore di assicurare con le persone assistite e le loro famiglie, o comunque di prevedere, sistemi di comunicazione che, rispettosi delle regole sulla privacy, comportino il minor dispendio di tempo e un'efficace comunicazione.

d) Previsione di sistemi in grado di rendere trasparenti i fattori che concorrono a determinare il costo dei servizi e delle prestazioni sociosanitarie, le modalità di accesso alle unità d'offerta e la composizione delle rette, anche mediante la presentazione di un apposito progetto presso tutti i soggetti accreditati.

e) Sempre riguardo alle disposizioni previste dalla *legge regionale n. 30/2006*, è fatto obbligo a tutte le ASL di tenere costantemente informata la D.G. Famiglia in ordine al contenzioso che dovesse essere instaurato in materia di rette di ricovero in unità d'offerta sociosanitarie e in ogni altra materia che possa comportare rischi per il sistema regionale, sia in termini di maggiori costi sia in termini di alterazione delle vigenti regole. Le segnalazioni dovranno pervenire agli uffici della Direzione in tempo utile per una valutazione congiunta della controversia ai fini di un eventuale intervento in giudizio della regione.

f) Nell'ambito della semplificazione organizzativa, tutte le funzioni e attività dell'ASL appartenenti al sistema sociosanitario e sociale vanno ricondotte alla direzione sociale, al dipartimento ASSI e al dipartimento delle Dipendenze, non potendosi più ammettere dipendenze funzionali o gerarchiche delle strutture operative in questione da altri dipartimenti o direzioni aziendali con la sola esclusione delle funzioni di vigilanza e controllo. Vanno inoltre soppresse, nello spirito della semplificazione organica di cui al *D.Lgs. 150/09*, strutture soprattutto di tipo dirigenziale adibite a compiti propri della direzione sociale e dei relativi dipartimenti. In ogni caso va data assoluta priorità al personale dirigenziale interno, evitando di ricorrere a rapporti di lavoro dirigenziale a tempo determinato o flessibile. Per il personale precario, andranno realizzati processi di stabilizzazione secondo gli indirizzi che saranno dettati dalla regione Lombardia.

Sussidiarietà, partenariato, cooperazione interistituzionale

Con le *Delib.G.R. 30 luglio 2008, n. 8/7797* e *Delib.G.R. n. 8/7798 del 2008* sono stati costituiti i tavoli regionali di consultazione dei soggetti del terzo settore, degli enti locali, delle organizzazioni sindacali, degli enti erogatori e sono stati forniti gli indirizzi operativi per la costituzione e l'organizzazione dei tavoli locali.

La partecipazione dei soggetti del terzo settore, degli enti locali e degli altri soggetti interessati ai processi che informano la programmazione regionale e locale non costituisce un mero adempimento formale, ma un'occasione di arricchimento e di rafforzamento dell'azione della pubblica amministrazione, in quanto si è consapevoli che più un processo è condiviso più questo ha possibilità di tradursi in atti e comportamenti in grado effettivamente di produrre un cambiamento.

La partecipazione, secondo le previsioni del PRS, non può limitarsi alla semplice comunicazione delle iniziative in programma, ma nella capacità di raccogliere e tradurre le domande dei singoli cittadini, delle loro associazioni o rappresentanze. L'obiettivo è di passare dal rapporto con il cittadino-cliente al coinvolgimento del cittadino come co-protagonista, insieme all'istituzione, di un cambiamento nel modo di gestire la cosa pubblica.

In particolare, il rapporto con i soggetti del terzo settore non potrà limitarsi a forme di partenariato o di affidamento dell'erogazione di servizi, ma di forte collaborazione nella fase della programmazione o della progettazione della rete delle unità d'offerta.

È sotto questo profilo che i tavoli di consultazione devono trasformarsi in tavoli di programmazione e progettazione informata e condivisa.

Allo stesso modo va riesaminato il rapporto tra ASL e Enti Locali.

La *legge regionale n. 3/2008* ha completamente rivisto questo livello della sussidiarietà verticale, rafforzando il ruolo dei Comuni sia nella programmazione delle politiche sociali locali sia nel concorso alla progettazione della rete locale sociosanitaria.

Basti pensare che l'articolo 14 comma 1 lett. a) della L.R. stabilisce che la programmazione locale delle unità d'offerta sociosanitarie avvenga in armonia con le linee di indirizzo formulate dai comuni attraverso la conferenza dei sindaci. D'altro canto, lo stesso articolo prevede l'obbligo delle ASL di collaborare con i comuni nella programmazione della rete locale delle unità d'offerta sociali.

Il riconoscimento di un ruolo attivo ai comuni nell'ambito della rete sociosanitaria ha portato il legislatore regionale a prevedere anche un apposito ufficio a servizio della conferenza dei sindaci e delle assemblee di distretto.

Occorre pertanto definire l'attuale livello di applicazione delle disposizioni normative, individuando le seguenti azioni a carico delle ASL:

a) monitoraggio dello stato di organizzazione e funzionamento dei tavoli locali;

b) revisione o nuova approvazione di regolamenti per il funzionamento dei tavoli, che assumeranno la denominazione di tavoli di partecipazione dei soggetti del terzo settore e degli erogatori accreditati, la cui approvazione avverrà con atto del direttore generale su proposta del direttore sociale che può essere delegato ad assumere la presidenza dei tavoli;

c) effettiva costituzione dell'ufficio di supporto alla conferenza dei sindaci e all'assemblea di distretto, senza oneri aggiuntivi per l'ASL, e sua organizzazione ad opera del direttore sociale, in conformità a una preventiva deliberazione del consiglio di rappresentanza: l'ufficio dipende funzionalmente dal solo presidente della conferenza dei sindaci ed è composto almeno da una figura della carriera direttiva esperta in materia amministrativa o sociosanitaria e da personale di supporto. Il responsabile dell'ufficio partecipa alle assemblee di distretto e alla conferenza dei sindaci con funzioni di assistenza tecnico-giuridica al presidente. L'ufficio ha accesso a tutti gli atti utili per il corretto funzionamento degli organismi in questione.

La Direzione Sociale

L'esperienza maturata in questi anni impone una riflessione organica e strutturata sull'assetto organizzativo, sul ruolo, sulle competenze rivestite dal Direttore Sociale e dai Dipartimenti ASSI e Dipendenze, sulle relazioni di coordinamento e integrazione con gli altri livelli di competenza e di organizzazione che nel SSR si occupano di governo dei servizi sociali e di coordinamento del territorio nell'area sociosanitaria e sociale.

La Direzione Sociale ed i Dipartimenti ad essa afferenti sono oggi un punto di riferimento fondamentale per l'indirizzo del sistema sociosanitario e per la sua integrazione con il sistema sociale, e devono fungere sempre più da integratori della domanda di welfare, secondo matrici di responsabilità, espressa dal cittadino, coordinando più il bisogno che nasce dalla domanda che le criticità poste dall'offerta.

In particolare il PRS nel capitolo riguardante l'innovazione della rete dei servizi stabilisce che siano dettate nuove direttive alle ASL, finalizzate a rispondere in efficacia e appropriatezza al bisogno della persona, della famiglia e della comunità.

Al fine di consentire il raggiungimento degli obiettivi le Direzioni Generali delle ASL dovranno:

- assegnare alla Direzione Sociale adeguate risorse finanziarie, umane ed organizzative;
- procedere alla revisione dei Piani di Organizzazione Aziendale delle ASL, riorganizzando la Direzione Sociale, con l'obiettivo di rispondere in modo efficiente, appropriato, efficace ed integrato ai bisogni delle persone e delle famiglie.

In tale ottica le ASL, fermo restando le competenze del Direttore Generale dell'Azienda nel processo di revisione organizzativa dovranno adeguarsi ai seguenti criteri:

a. riconduzione all'interno della Direzione Sociale delle articolazioni organizzative afferenti alla

- programmazione, progettazione, realizzazione della rete sociosanitaria,
- programmazione delle unità d'offerta sociali;
- negoziazione e contrattualizzazione delle unità d'offerta sociosanitarie;

b. focalizzazione dell'organizzazione della direzione sociale alla relazione con il territorio;

c. semplificazione e trasparenza del percorso di accesso alla rete dei servizi da parte delle persone, della famiglia e della comunità;

d. integrazione degli interventi delle reti socio sanitaria e sociale;

e. coordinamento degli interventi in materia di conciliazione, famiglia e lavoro in raccordo con la programmazione territoriale.

Gli atti concernenti la programmazione sociosanitaria e sociale sono assunti dal Direttore Generale, su proposta del Direttore Sociale.

La Direzione Generale Famiglia, conciliazione, integrazione e solidarietà sociale promuove e garantisce il coordinamento dell'attività dei Direttori Sociali delle ASL.

La formazione

La formazione per gli operatori del welfare lombardo assume nel 2011 specifica rilevanza per l'accompagnamento e il supporto alla diffusione e alla realizzazione degli obiettivi del PRS, con particolare riferimento alla riforma del welfare lombardo.

Il nuovo sistema di welfare richiede agli operatori il rafforzamento e il riorientamento delle proprie competenze verso lo sviluppo delle capacità di programmazione e di lettura integrata del bisogno sociosanitario e sociale.

La formazione è quindi intesa come uno degli strumenti attraverso il quale contribuire concretamente al cambiamento.

Il sistema formativo è oggi prevalentemente orientato ai professionisti di area sanitaria: estendere l'accreditamento ECM-CPD alle iniziative formative in area sociosanitaria e sociale porta a qualificare ulteriormente i servizi e le professioni, a rapportarsi in maniera più stretta con il territorio e a sentirsi parte integrante del sistema. L'introduzione di percorsi ECM-CPD per le professioni sanitarie del welfare, con l'attribuzione dei relativi crediti, rappresenta l'avvio di un processo professionale continuo che valorizza le risorse professionali e le qualifica.

Le collaborazioni con il terzo settore

Il PRS individua tra i capisaldi del modello ispirato alla sussidiarietà il rafforzamento del terzo settore secondo un'evoluzione che superi il ruolo di meri erogatori di servizi.

Da anni è in atto una mutazione delle forme organizzative delle pubbliche amministrazioni a qualsiasi livello, da quello centrale a quello locale: amministrazione di risultati, partnership pubblico-privati, amministrazione per accordi, sono solo alcune delle parole chiave di questo processo.

In tale contesto, i servizi alla persona occupano certamente un ambito di rilevante interesse per le amministrazioni locali, tenuto conto della mutata composizione sociale della nostra società e di una richiesta sempre maggiore, sia per quantità che per qualità dei tradizionali servizi di welfare.

I cambiamenti in corso suggeriscono, a tutti i livelli di governo e segnatamente a quelli titolari delle relative funzioni amministrative, di innovare e sperimentare recependo il patrimonio di esperienza che è presente e attivo sul proprio territorio e valorizzando le reti del privato sociale che si vanno strutturando.

È urgente quindi ripensare agli strumenti di raccordo tra terzo settore e pubblica amministrazione nell'attuazione delle politiche sociali tenendo conto della specificità di tali servizi; occorre in altri termini, innanzitutto, rinsaldare quell'alleanza strategica con il privato sociale cosicché amministrazioni pubbliche e terzo settore concorrano responsabilmente, ciascuno secondo i propri compiti e funzioni, e preservando le proprie specificità, nell'attuazione delle politiche per il bene comune.

Le linee guida regionali hanno come obiettivo la valorizzazione del terzo settore, nell'ambito della gestione, della sperimentazione e della promozione dei servizi alla persona, a maggior ragione quando ciò avvenga attraverso forme di regolazione delle reti locali composte da attori diversi (enti locali, aziende sanitarie, terzo settore, ma anche soggetti for profit).

Sotto questo profilo, oltre a quanto già affermato in tema di partecipazione alla programmazione, si individuano le seguenti azioni a carico delle ASL:

1. approvazione di un protocollo operativo di applicazione delle linee guida regionali;
2. predisposizione di un programma di attività che consenta di individuare tutti gli ambiti di collaborazione con i soggetti del terzo settore, prevedendo comunque sempre percorsi condivisi di decisione;
3. avvio di collaborazioni con il terzo settore in relazione ai compiti dell'UPT, dell'ufficio di protezione giuridica e, in generale, in tutti gli ambiti in cui trovi espressione una funzione di supporto o di consulenza alle persone e alla famiglia.

Conclusione delle gestioni dirette di RSA, RSD, CDI, CDD

La riforma del sistema sanitario lombardo è stata caratterizzata dalla netta separazione dei compiti di produzione dei servizi e di erogazione delle prestazioni socio sanitarie dai compiti di programmazione, accreditamento e vigilanza.

Il principio, sia con la stessa *L.R. n. 31/1997* e poi ancora meglio con la *L.R. n. 3/2008*, ha trovato espressione e concreta applicazione anche nel settore sociosanitario.

Ciò nonostante, in alcune situazioni locali, le ASL continuano a gestire direttamente unità d'offerta sociosanitarie soggette ad accreditamento.

La previsione per l'anno 2011 mira al superamento di questo sistema, mediante un processo di esternalizzazione, che dovrà essere adeguatamente monitorato a livello regionale e soggetto a precisi programmi e progetti di intervento ad opera delle ASL.

Tenuto conto che alcune di queste tipologie di unità d'offerta hanno conosciuto negli anni passati un processo di trasformazione che ha portato alla loro attuale qualificazione, pur provenendo da una originaria delega di funzioni sociali dei comuni alle ASL, si ritiene che per queste, in primo luogo, occorrerà prevedere la loro restituzione ai Comuni di provenienza oppure ai soggetti pubblici a cui i Comuni dell'ambito hanno affidato la gestione di unità d'offerta sociali.

In questi casi, il trasferimento (vera e propria cessione dell'unità d'offerta con relativo patrimonio immobiliare e mobiliare, finanziamenti concessi e personale dedicato) potrà avvenire solo se richiesto dai comuni previa adeguata istruttoria da condurre a cura dell'ASL nell'ambito di specifiche conferenze di servizi. Il parere del Consiglio di rappresentanza dei sindaci e della

assemblea di distretto interessata sono vincolanti. Sarà cura dell'ASL gestire i necessari rapporti con le organizzazioni sindacali.

Nelle altre situazioni e comunque in caso in cui i comuni non intendessero esercitare l'opzione loro riconosciuta, la cessione delle unità d'offerta potrà avvenire mediante il ricorso a collaborazioni con il terzo settore, comunque facendo ricorso a forme di selezione pubblica, oppure mediante affidamento del servizio ad ASP esistenti, mediante la richiesta alla regione di costituzione di nuove ASP, ed infine, mediante la costituzione di fondazioni ai sensi di quanto previsto dall'*art. 6 comma 3° della L.R. n. 33/2009* (T.U. leggi sanitarie lombarde).

Per l'attuazione di questo processo, si individuano le seguenti azioni a carico delle ASL:

- Ricognizione entro il 30 marzo 2011 di tutte le unità d'offerta sociosanitarie a gestione diretta (intendendosi le unità d'offerta di cui l'Asl sia titolare di accreditamento o proprietaria dell'immobile).
- Presentazione alla D.G. Famiglia entro il 30 giugno 2011 del programma di cessione della/e unità d'offerta individuate, che sia stato preventivamente assentito dagli organismi rappresentativi degli enti locali e, nei casi di restituzione ai comuni, sia corredato da un protocollo di intesa tra ASL e comune; il programma dovrà essere corredato da relazioni tecniche e gestionali complete
- Avvio della istruttoria a cura della D.G. Famiglia (di concerto con la D.G. Sanità per gli aspetti relativi al patrimonio immobiliare e al personale) per il rilascio di specifica autorizzazione alla cessione.

(22) Ad integrazione della presente deliberazione vedi la *Delib.G.R. 30 marzo 2011, n. 9/1479* e la *Delib.G.R. 28 luglio 2011, n. 9/2057*.

Allegato 17

Gli interventi socio sanitari a sostegno della famiglia ⁽²³⁾

Le modificazioni - avvenute in questi ultimi anni - nella struttura sociale, la crisi economica, le manifestazioni di una debolezza dei valori educativi, il progressivo invecchiamento della popolazione, la cronicizzazione delle malattie, sono solo alcuni dei fattori che favoriscono da un lato, l'aumento di fasce «fragili» di popolazione, e dall'altro l'emergere di bisogni più articolati e complessi da parte sia dell'individuo che della famiglia

Si rende perciò necessario un ripensamento della rete sociale e socio sanitaria che rimetta al centro la persona e la sua famiglia nella prospettiva di garantire, all'interno di una rete territoriale integrata di servizi sociali e socio sanitari, interventi flessibili che le sostengano in un ruolo attivo per la costruzione del proprio percorso di vita. E` sempre più necessario, quindi, un approccio integrato, multidisciplinare, dinamico e olistico nella direzione del «prendersi cura». La sussidiarietà orizzontale, delle reti familiari e del Terzo settore, è elemento paradigmatico per gestire la complessità di tale sistema.

A) Area dei consultori

Come previsto dal PRS la famiglia è posta al centro delle politiche regionali attraverso azioni che sostengano il suo ruolo attivo nella costruzione del percorso di vita. Tutto ciò potrà trovare realizzazione attraverso un sistema territoriale a rete che, essendo vicino alla famiglia nella globalità dei suoi bisogni, possa raccoglierne le richieste e i bisogni offrendo soluzioni in tempo reale.

I consultori familiari pubblici e privati accreditati costituiscono il nodo fondamentale della complessiva rete di servizi ed interventi a favore della famiglia nel suo ruolo generativo e di cura. È necessario pertanto prevedere un rinnovamento della mission dei consultori, affinché diventino veri centri per la famiglia in grado di assicurare la presa in carico globale di tutte le problematiche che attengono le famiglie in senso lato.

Al fine di realizzare quanto citato, è necessaria una profonda revisione delle competenze, delle funzioni e del modello organizzativo dei consultori, anche attraverso la creazione ed il consolidamento di una nuova rete di relazioni con Enti locali, Aziende Ospedaliere (AO), Tribunali per i minorenni, Organismi del Terzo Settore, Reti familiari e Centri di aiuto alla vita (CAV), formalizzate con protocolli operativi di collaborazione, che consenta di superare la parzialità e frammentarietà delle azioni ad oggi fornite, assicurando oltre alle prestazioni già erogate

- ascolto, orientamento, supporto e sostegno psicopedagogico alle famiglie nell'assolvimento dei propri compiti educativi sia di carattere sociale che socio sanitario;
- presa in carico delle problematiche delle famiglie con figli minori con particolare riferimento alla loro tutela, in collaborazione con gli enti preposti;
- valutazione, accompagnamento e preparazione delle famiglie all'affidamento e all'adozione;
- prevenzione, valutazione psicodiagnostica e presa in carico dei minori vittime di violenza, maltrattamenti e abusi in ordine agli interventi sanitari e socio sanitari;
- prevenzione delle interruzioni volontarie di gravidanza e sostegno alla nascita ed al puerperio, in collaborazione con CAV, le AO e gli Enti locali ed il Terzo Settore

Azioni previste a carico delle ASL per l'anno 2011:

- rafforzamento e razionalizzazione della rete dei servizi e degli interventi a favore della famiglia attraverso la stesura di protocolli operativi di collaborazione tra consultori pubblici e privati accreditati ed Enti locali, A.O., Tribunali per i minorenni, Organismi del Terzo Settore, Reti familiari e Centri di aiuto alla vita, che integri l'azione di presa in carico globale della famiglia;
- formazione del personale dei consultori pubblici privati accreditati orientata alle nuove competenze e funzioni, all'integrazione tra i diversi attori e alla realizzazione dei protocolli operativi di collaborazione e alla conoscenza delle misure e degli strumenti innovativi (es. Dote formazione e della Dote lavoro, fondo affitti) quale elemento strategico delle azioni tese alla migliore ed integrata risposta ai problemi della donna e della famiglia, anche in relazione alle situazioni di povertà conseguenti alle separazioni in presenza di figli minori;
- riconduzione all'interno dei consultori, anche con specifiche articolazioni degli stessi, delle attività di valutazione e preparazione delle famiglie al percorso adottivo e dell'affido;

- sperimentazione, dal secondo semestre, in almeno due consultori familiari, della funzione di ascolto, orientamento e supporto psicopedagogico

B) Area delle dipendenze

Il fenomeno del consumo e dell'abuso di droga presenta oggi a tutti i livelli elementi di complessità e di novità che si collocano all'interno del continuo e rapido mutamento dello scenario socio-culturale e delle condizioni di vita.

La diffusione di droghe e dei fenomeni di uso e abuso di sostanze lecite o illecite è il risultato di complessi eventi dinamici fortemente correlati ai mutamenti del contesto sociale che incidono profondamente sui comportamenti di consumo e sugli stili di vita.

L'attuale mercato delle droghe e delle sostanze d'abuso ha rotto i confini del disagio e dell'emarginazione per rivolgersi trasversalmente ad ampie fasce di popolazione. L'uso di droga interessa tutti gli strati sociali; l'uso attuale di sostanze «performanti» (cocaina, anfetamine, ecc.) è, infatti, più compatibile con la vita quotidiana, anche lavorativa e, di conseguenza, vi è una minore percezione del rischio. Alcune sostanze (cannabis, cocaina) poi, sono percepite, in particolare dalle persone più giovani, come innocue, come accade per l'alcol. In Lombardia sempre più ampi segmenti di popolazione sono direttamente coinvolti in una dimensione sociale e culturale che non solo non ostacola e argina il fenomeno, ma lo normalizza all'interno di una «diffusa tolleranza» dell'uso di droghe, legali e illegali, differenziato secondo il contesto e della necessità di ogni singolo individuo.

Il fenomeno dei consumi di sostanze, nella sua necessaria differenziazione tra uso, abuso e dipendenza, chiede quindi di superare le logiche tradizionali che hanno sin qui accompagnato lo sviluppo dei servizi introducendo, in particolare per i giovani consumatori, modelli di contrasto più aderenti ai nuovi bisogni

Le evidenze rilevano che il problema ha assunto caratteri di tipo intergenerazionale e interculturale e che, pertanto, richiede un approccio sistemico, capace di intervenire e modificare le relazioni e le interazioni tra individui di diverse età, provenienze, status socio-economico e appartenenza culturale.

Gli stili di vita delle persone, per essere modificati, hanno bisogno di interventi sia a livello individuale sia per gruppo di appartenenza, e - per essere mantenuti - richiedono un sostegno culturale diffuso nell'ambiente di riferimento. Occorre pertanto, per la tutela della salute, costruire un approccio che consideri soggetti in costante interazione con il proprio ambiente di vita e che permetta di promuovere cambiamenti significativi rispetto ai fattori di rischio e di disagio, potenziando e sviluppando le risorse esistenti nei contesti e negli individui.

L'azione preventiva, realizzata secondo modelli riconosciuti e validati a livello internazionale, deve dunque essere estesa, in un'ottica sistemica, a tutti gli ambiti e i contesti di vita, quali per esempio la famiglia, il territorio, le comunità, le scuole, i luoghi di lavoro, le aggregazioni informali, i luoghi del divertimento, ecc. Ciò consente di sviluppare una strategia complessiva di intervento verso comportamenti e stili di vita individuali e collettivi e di promuovere azioni di contrasto al diffondersi di atteggiamenti «di tolleranza» verso l'uso di droghe, legali e illegali, a favore di una maggiore responsabilità, delle persone e delle comunità, nella tutela della propria salute.

Occorre, quindi, stabilizzare e migliorare l'offerta preventiva in ogni ordine e grado scolastico adottando e diffondendo standard di qualità per gli interventi

L'aggregazione giovanile, al pari della Comunità, è luogo di confronto e di acquisizione di responsabilità.

Azioni previste a carico delle ASL per l'anno 2011:

- portare a completamento la costituzione del Dipartimento gestionale delle dipendenze anche con la composizione degli Organi del Dipartimento previsti;
- predisporre, su proposta della Direzione Sociale, il Piano locale per la prevenzione delle dipendenze, comprendente le priorità per il biennio, le tipologie di intervento, le azioni da attuare ecc., in coerenza con le indicazioni contenute nelle Linee Guida regionali per la prevenzione delle dipendenze e coinvolgendo i diversi soggetti gestori di unità d'offerta del sistema dipendenze del proprio territorio;
- attuare, nel territorio di ciascuna ASL, i Programmi Preventivi Regionali con particolare riferimento all'ambito scolastico

C) Area della non autosufficienza

Attualmente in Lombardia vi sono più di 900.000 ultrasettanta-cinquenni e la previsione, per i prossimi anni, è di un incremento annuo di circa 28.000 persone.

Non solo gli anziani sono in aumento, ma è anche notevolmente cambiata la loro condizione di vita. L'incremento, nelle fasce più anziane della popolazione, della non autosufficienza pone in rilievo un'articolazione dei bisogni cui consegue la necessità di ripensare le politiche del welfare socio sanitario in un'ottica anche di ricollocazione appropriata delle risorse. L'attenzione deve essere posta anche alla continuità delle cure e dell'assistenza nelle diverse condizioni di fragilità. Tutto ciò porta inevitabilmente ad una riqualificazione complessiva dell'area socio sanitaria che si occupa di Lungoassistenza, prevedendo interventi che diano una maggior appropriatezza all'offerta attraverso l'integrazione delle risorse economiche e professionali a livello territoriale e attraverso il coinvolgimento del Terzo Settore.

In tal senso appare opportuno individuare strumenti omogenei per la definizione di non autosufficienza sulla base dei quali stabilire in modo oggettivo le risorse adeguate da impiegare.

Occorre perciò valorizzare:

- la centralità del territorio nella valutazione, nell'assistenza della non autosufficienza e delle patologie cronico degenerative globalmente intese,
- tenere sempre al centro la persona, la famiglia e la qualità dell'assistenza erogata;
- offrire una modalità nuova di accoglienza e ascolto per intercettare e «agganciare» anche le situazioni più fragili che si nascondono dietro bisogni a volte non espressi.

Il modo più appropriato di risposta a bisogni articolati si concretizza in una nuova capacità di risposte flessibili attraverso la realizzazione di percorsi assistenziali che garantiscano la continuità degli interventi. Percorsi in grado di garantire, oltre che assistenza continua, anche ascolto, orientamento e accompagnamento, elementi propri del «prendersi cura», che stanno alla base di ogni risposta efficace ed efficiente nei confronti delle istanze della persona non autosufficiente e della sua famiglia

Azioni previste a carico delle ASL per l'anno 2011:

- rivedere e potenziare gli strumenti di informazione attraverso la promozione di punti informativi visibili e accessibili per le famiglie anche all'interno delle Aziende Ospedaliere e delle strutture private accreditate sanitarie e socio sanitarie;
- promuovere e sostenere all'interno di sistemi premianti la mutualità familiare che favorisce lo scambio di informazioni ed esperienze tra famiglie che vivono situazioni analoghe nell'assistenza a persone affette da demenza, in particolare da Alzheimer, assistite a domicilio o in strutture residenziali;
- concordare con le strutture sanitarie e socio sanitarie protocolli di dimissione protetta e di trasferimento tra le diverse unità d'offerta a garanzia della continuità dell'assistenza;
- favorire e promuovere la rete territoriale della semi-residenzialità;
- promuovere, in conformità a indicazioni regionali, la diversificazione dell'offerta in risposta ai bisogni complessi (Stati vegetativi, SLA, ecc.) del proprio territorio;
- assicurare che le strutture socio sanitarie garantiscano la formazione continua e l'aggiornamento degli operatori migliorandone la professionalità e aumentando la qualità dell'assistenza.

D) Area della disabilità

Da ricerche recenti emerge che le persone con disabilità e le loro famiglie, a fronte di un giudizio complessivamente positivo sui servizi esistenti e sulle competenze degli operatori delle diverse unità d'offerta, chiedono di essere meglio ascoltate, informate, orientate e aiutate nelle scelte che riguardano il proprio percorso di vita sin dal momento della diagnosi. Viene altresì evidenziata, sul territorio regionale, una carenza di integrazione tra le istituzioni e i servizi con conseguente frammentazione degli interventi resi dai diversi soggetti, istituzionali e non, della rete. Spesso la persona e la sua famiglia sono lasciate sole con il compito di integrare questa carenza e ricercare risposte. Occorre quindi rimettere al centro la persona e i suoi bisogni.

Se si sposta, infatti, l'attenzione sulla persona, e non sull'offerta di servizi, si capisce subito che non basta garantire singoli interventi di qualità, ma che bisogna ascoltarla ed affiancarla lungo tutto il percorso, soprattutto se l'obiettivo è di renderla più consapevolmente e responsabilmente partecipe non solo del processo di assistenza, ma anche di quello di vita.

L'approccio alla disabilità deve sempre più integrare aspetti specificatamente sanitari all'interno di una visione più ampia che abbraccia anche le componenti sociali.

Questa impostazione è fondata sul principio che una disabilità non è un attributo intrinseco della persona, ma piuttosto, il risultato di una complessa interazione tra lo stato di salute, le attività e le relazioni, prodotta dal contesto ambientale e sociale in cui la persona vive

Occorre promuovere e sviluppare un modello sinergico che tenga conto degli interessi, delle richieste e delle necessità della persona con disabilità, che privilegi il suo mantenimento nel contesto di vita a tutela della continuità assistenziale. La rete integrata di interventi, servizi, opportunità deve avere caratteristiche di flessibilità, funzionale ed organizzativa, adeguate alle diverse esigenze delle famiglie e dei disabili per una efficace realizzazione del «prendersi cura».

La Direzione Generale Famiglia Conciliazione, Integrazione e Solidarietà sociale ha promosso la stesura del «Piano d'Azione Regionale in favore delle persone con disabilità» di prossima emanazione che affronta in maniera trasversale e integrata il tema della persona con disabilità e della sua famiglia. In questo contesto sarà chiarito il disegno organico di connessione funzionale tra i diversi attori del sistema, individuando ruoli e responsabilità specifiche.

Azioni previste a carico delle ASL per l'anno 2011:

- attivazione della funzione di regia interistituzionale dei processi di presa in carico che coinvolga i Comuni, le Province, le Istituzioni scolastiche, le realtà del Terzo Settore attive nella gestione dei servizi e le Associazioni di rappresentanza delle persone con disabilità e delle loro famiglie;
- sviluppo del ruolo svolto dai consultori nell'ascolto, orientamento, supporto e sostegno alle persone con disabilità e alle loro famiglie;
- elaborazione del piano di intervento locale coerente con le linee regionali definite con il Piano d'Azione Regionale per le politiche per le persone con disabilità;
- sottoscrizione di almeno un protocollo d'azione interistituzionale, a livello distrettuale, teso a superare la frammentazione della rete d'offerta dei servizi e degli interventi, che preveda l'adozione del linguaggio dell'ICF da parte della rete dei servizi, la sperimentazione di percorsi semplificati per razionalizzare e riorganizzare i diversi punti di accesso presenti sul territorio e attività formative e di comunicazione conseguenti e coerenti con i cambiamenti attesi;
- attivazione di strumenti per il coordinamento delle azioni comunali a sostegno dei progetti di vita indipendente promossi dalle persone con disabilità e dalle loro famiglie.

E) Riqualificazione e flessibilità della rete degli interventi socio sanitari

Come sopra descritto, le persone non autosufficienti in età

anziana e quelle con disabilità necessitano di una «presa in carico» globale che deve diventare il fulcro delle politiche e degli interventi. Essa non può essere ridotta a una sommatoria di prestazioni, ma deve trasformarsi in un percorso capace di creare un circolo virtuoso che parta dall'ascolto della domanda e che offra unitarietà e continuità nella risposta, eliminando l'attuale frammentazione del sistema dei servizi

In particolare, per quanto concerne la riqualificazione della rete degli interventi e servizi sociosanitari si opererà per:

- procedere allo sviluppo di interventi alla persona che siano a tutela della continuità assistenziale;
- sviluppare e qualificare, pur in presenza di una significativa rete territoriale di assistenza domiciliare socio sanitaria e sociale (che ad oggi costituisce un punto di riferimento sicuro per il cittadino) la rete dell'assistenza domiciliare sinergica, globalmente intesa, nell'intento di rispondere anche ai bisogni complessi ed articolati in tutte le fasi di intensità assistenziale, realizzando una presa in carico integrata e continuativa;
- rimodulare la risposta residenziale socio sanitaria nella fase di lungoassistenza attraverso la diversificazione dei livelli di assistenza sulla base di:

- bisogni ad elevata complessità assistenziale (stati vegetativi, SLA, stati di minima coscienza, gravi disabilità);
- bisogni correlati alla continuità assistenziale territoriale a medio-bassa complessità a valenza socio sanitaria e sociale;
- bisogni correlati ad una «fragilità» prevalentemente sociale;
- promuovere sperimentazioni di flessibilità dei servizi diurni a sostegno della famiglia e dell'inclusione sociale in risposta a bisogni di persone con problemi di disabilità, di dipendenza o comunque in condizione di fragilità.

Assistenza Domiciliare Integrata

L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) costituisce senza dubbio un intervento rilevante e fondamentale per il benessere delle persone, consentendo la permanenza a casa, evitando il ricovero improprio in strutture sanitarie o socio sanitarie di lungoassistenza. Contestualmente, essa è centrata sull'attenzione alla famiglia e alla tutela della vita in tutte le sue fasi, con priorità ad interventi di supporto in situazioni di specifica difficoltà

Caratteristica dell'ADI è l'erogazione di prestazioni socio sanitarie, che coinvolgono e integrano l'area medica, infermieristica, riabilitativa, di aiuto infermieristico/assistenza tutelare, volta a garantire la continuità degli interventi ospedalieri specialistici e territoriali, socio sanitari e sociali, alla prevenzione/limitazione del declino funzionale, al miglioramento della qualità della vita quotidiana.

Obiettivi prioritari da conseguire sono:

- la riforma del sistema di erogazione dell'ADI;
- lo sviluppo di nuovi modelli di assistenza integrata a domicilio che prevedano il consolidamento e potenziamento dei livelli di erogazione delle attività attraverso una qualificazione degli interventi professionali a domicilio in termini di:
 - qualità delle prestazioni (formazione del personale che opera a domicilio con particolare riguardo alla gestione dei pazienti complessi);
 - quantità delle prestazioni potenzialmente erogabili per livelli di complessità dei bisogni (fornire tutti gli interventi necessari a supporto della presa in carico globale per tutto il tempo necessario);
- l'ulteriore sviluppo e qualificazione nel settore dell'assistenza alle persone in fase di terminalità oncologica e non oncologica;
- lo sviluppo e la qualificazione della presa in carico dei bisogni complessi (stati vegetativi e di minima coscienza, SLA e malattie del motoneurone, malattie neurologiche degenerative, in particolare le demenze);
- interventi ad intensità assistenziale post acuta, anche di tipo riabilitativo, al fine di facilitare le dimissioni ospedaliere precoci e limitare il ricorso ai ricoveri impropri in particolare di pazienti anziani non autosufficienti, disabili adulti e minori;

- il miglioramento della qualità attraverso una più forte sinergia con gli interventi e i servizi socio sanitari e sociali territoriali, erogati dai Comuni o dal Terzo Settore

Azioni previste a carico delle ASL per l'anno 2011:

- stipula di protocolli con le Strutture ospedaliere e di riabilitazione, pubbliche e private, per le dimissioni protette dei pazienti al domicilio;
- sottoscrizione di almeno un protocollo d'azione interistituzionale tra ASL e Ambito territoriale, teso a superare la frammentazione della rete d'offerta dei servizi domiciliari, volto a garantire la qualità dell'assistenza ed una razionalizzazione delle risorse;
- adeguamento dei sistemi organizzativi/gestionali nell'erogazione e controllo delle prestazioni domiciliari alle linee programmatiche regionali che saranno emanate;
- incentivazione, anche attraverso un sistema premiante, delle progettualità riguardanti elementi qualificanti di erogazione dell'ADI (ad esempio: ampliamento degli orari di erogazione del servizio, maggiore personalizzazione delle risposte alla persona, ecc.);
- sostegno alla famiglia nel «lavoro di assistenza» al domicilio di persone con problematiche assistenziali complesse, anche attraverso il potenziamento dell'offerta di ricoveri di sollievo.

Residenzialità socio sanitaria nella fase di lungoassistenza Azioni previste a carico delle ASL per l'anno 2011:

- prosecuzione dell'applicazione delle Linee regionali per 'assistenza alle persone in stato vegetativo ai sensi delle *Delib.G.R. n. 8/6220 del 2007* e *Delib.G.R. n. 8/10160 del 2009*;
- prosecuzione dell'applicazione delle indicazioni regionali relative all'assistenza delle persone affette da malattie del motoneurone, in particolare da SLA, ai sensi della *Delib.G.R. n. 8/7915 del 2008* e della *Delib.G.R. n. 8/10160 del 2009*;
- stipula di protocolli con le Strutture ospedaliere e di riabilitazione, pubbliche e private, per la dimissione programmata delle persone in stato vegetativo e affette da malattie del motoneurone, in particolare da SLA, all'interno dei quali la ASL deve garantire il ruolo di coordinamento del percorso assistenziale a sostegno delle famiglie.

(23) Ad integrazione della presente deliberazione vedi la *Delib.G.R. 30 marzo 2011, n. 9/1479* e la *Delib.G.R. 28 luglio 2011, n. 9/2057*.