



Regione Lombardia

LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° IX / 2633

Seduta del 06/12/2011

Presidente

ROBERTO FORMIGONI

Assessori regionali

ANDREA GIBELLI *Vice Presidente*

DANIELE BELOTTI

GIULIO BOSCAGLI

LUCIANO BRESCIANI

MASSIMO BUSCEMI

RAFFAELE CATTANEO

ROMANO COLOZZI

ALESSANDRO COLUCCI

GIULIO DE CAPITANI

ROMANO LA RUSSA

CARLO MACCARI

STEFANO MAULLU

MARCELLO RAIMONDI

MONICA RIZZI

GIOVANNI ROSSONI

DOMENICO ZAMBETTI

Con l'assistenza del Segretario Marco Pilloni

Su proposta dell' Assessore Luciano Bresciani di concerto con Giulio Boscagli

Oggetto

DETERMINAZIONI IN ORDINE ALLA GESTIONE DEL SERVIZIO SOCIO SANITARIO REGIONALE PER L'ESERCIZIO 2012 - (DI CONCERTO CON L'ASSESSORE BOSCAGLI)

I Dirigenti

Marco Paternoster

Francesco Laurelli

Maria Gramegna

Luca Merlino

Piero Frazzi

Maria Alessandra Massei

Paola Palmieri

Anna Roberti

Rosella Petrali

I Direttori Generali Carlo Lucchina Roberto Albonetti

L'atto si compone di 166 pagine

di cui 159 pagine di allegati

parte integrante



Regione Lombardia

LA GIUNTA

VISTA la seguente normativa nazionale:

- decreto legislativo 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;
- decreto legislativo 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”*;
- 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”*;
- Legge 13 dicembre 2010, n. 220 recante *“Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2011)”*;
- decreto legge 6 luglio 2011, n. 98 convertito in legge dall'art. 1, comma 1, legge 15 luglio 2011, n. 111 *“Disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria”*;
- la legge 12 novembre 2011, n. 183 *“Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato. (Legge di stabilità 2012)”*;

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



Regione Lombardia

LA GIUNTA

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 2012"*;

VISTE le seguenti leggi regionali:

- 31 marzo 1978, n. 34 *"Norme sulle procedure della programmazione, sul bilancio e sulla contabilità della Regione"* che stabilisce nell'articolo 79ter che gli enti del sistema regionale contribuiscono al concorso della Regione per la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica;
- 12 marzo 2008, n. 3 recante *"Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e socio-sanitario"* e le successive modifiche ed integrazioni;
- 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;
- 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:

- DCR n. IX/0056 del 28 settembre 2010 *"Programma regionale di sviluppo della IX legislatura"*;
- DCR n. IX/0088 del 17 novembre 2010 *"Piano socio sanitario regionale 2010-2014"*;

RICHIAMATE inoltre le Delibere di Giunta Regionale che approvano i piani di assunzione a tempo indeterminato per l'anno 2011 della Aziende e degli enti del Sistema Sanitario regionale ed in particolare:

- DGR n. 1773 del 24 maggio 2011 *"Piani di assunzione di personale a tempo"*



Regione Lombardia

LA GIUNTA

indeterminato 2011 per le Aziende Sanitarie Locali – (di concerto con l'Assessore Boscagli)”;

- DGR n. 1774 del 24 maggio 2011 *“Piani di assunzione di personale a tempo indeterminato 2011 per le Aziende Ospedaliere, l'Azienda Regionale Emergenza e Urgenza e Fondazioni IRCCS di diritto pubblico”;*

RICHIAMATE altresì le Regole di Sistema per il Servizio Socio-Sanitario Regionale relative all'anno 2011 adottate con i provvedimenti amministrativi di seguito elencati:

- DGR n. 937 del 01 dicembre 2010 *“Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2011 – (di concerto con l'Assessore Boscagli)”;*
- DGR n. 1479 del 30 MARZO 2011 *“Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2011 – Il provvedimento di aggiornamento in ambito sanitario”;*
- DGR n. 2057 del 28 luglio 2011 *“Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2011 – III provvedimento di aggiornamento in ambito sanitario – (di concerto con l'Assessore Boscagli)”;*

RICHIAMATE inoltre le seguenti Delibere di Giunta Regionale:

- DGR n. 11086 del 27 gennaio 2010 *“Nuovo Patto per la Salute per gli anni 2010-2012 (di concerto con l'Assessore Boscagli)”;*
- DGR n. 1894 del 22 giugno 2011 *“Determinazioni in merito al progetto CRS-SISS: approvazione dello schema di accordo regionale con le farmacie, avente ad oggetto ‘Rinnovo della convenzione per l'utilizzo della piattaforma tecnologica SISS da parte delle farmacie lombarde e per la loro partecipazione ai servizi messi a disposizione dal sistema SISS per la comunicazione ed elaborazione dei dati sanitari ed il miglioramento dei servizi all'utenza”;*
- DGR n. 2027 del 20 luglio 2011 *“Determinazioni in ordine all'applicazione dell'art. 17, comma 6 della legge 15 luglio 2011, n. 111 in materia di compartecipazione alla spesa sanitaria – (di concerto con l'Assessore Bresciani)”;*
- DGR n. 2073 del 28 luglio 2011 *“Ulteriori determinazioni in ordine all'applicazione dell'art. 17, comma 6 della legge 15 luglio 2011, n. 111 in*



Regione Lombardia

LA GIUNTA

materia di compartecipazione alla spesa sanitaria – (di concerto con l'Assessore Bresciani)";

RITENUTO pertanto di definire le “Regole di Gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'anno 2012” e di approvare a tal fine i seguenti allegati, parti integranti del presente provvedimento:

- 1) Indirizzi di programmazione
- 2) Quadro di sistema
- 3) Gli acquisti delle Aziende Sanitarie: linee di indirizzo
- 4) Prevenzione Medica e Veterinaria
- 5) Formazione del personale, Medicina Convenzionata Territoriale e ECM-Provider
- 6) Piani e programmi di sviluppo
- 7) Edilizia Sanitaria
- 8) Internazionalizzazione del Sistema Sanitario Lombardo
- 9) Indici di offerta – Negoziazione
- 10) Tariffe
- 11) Attività di controllo e tempi di attesa
- 12) Farmaceutica e protesica
- 13) Area salute mentale
- 14) Sistema Informativo Socio Sanitario



Regione Lombardia

LA GIUNTA

15) Indirizzi di programmazione socio sanitaria

PRESO ATTO, altresì:

- della preventiva informazione alle OO.SS. e alle rappresentanze del mondo sanitario privato in data 16 novembre 2011, alla III Commissione Consiliare "Sanità e Assistenza" e alle Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliere in data 21 novembre 2011 e alla Consulta della Sanità in data 22 novembre 2011;
- 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 il 21 novembre 2011;

Valutate ed assunte come proprie le predette determinazioni;

A voti unanimi, espressi nelle forme di legge;

DELIBERA

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 2012"* e di approvare a tal fine i seguenti allegati, parti integranti del presente provvedimento:
 - 1) Indirizzi di programmazione
 - 2) Quadro di sistema



Regione Lombardia
LA GIUNTA

- 3) Gli acquisti delle Aziende Sanitarie: linee di indirizzo
 - 4) Prevenzione Medica e Veterinaria
 - 5) Formazione del personale, Medicina Convenzionata Territoriale e ECM-Provider
 - 6) Piani e programmi di sviluppo
 - 7) Edilizia Sanitaria
 - 8) Internazionalizzazione del Sistema Sanitario Lombardo
 - 9) Indici di offerta – Negoziazione
 - 10) Tariffe
 - 11) Attività di controllo e tempi di attesa
 - 12) Farmaceutica e protesica
 - 13) Area salute mentale
 - 14) Sistema Informativo Socio Sanitario
 - 15) Indirizzi di programmazione socio sanitaria
2. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul B.U.R.L. e sui siti Internet delle Direzioni Generali Sanità e Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale.

IL SEGRETARIO
MARCO PILLONI

Allegato 1

Indirizzi di programmazione

Il Piano Sociosanitario Regionale 2010-2014 ha confermato l'impegno assunto dalla legge regionale 33 del 2009 che, assecondando l'evoluzione dei bisogni della popolazione, ha sviluppato un sistema di strutture sanitarie pubbliche e private complesso e articolato. Oggi la criticità delle risorse induce a focalizzare prioritariamente due fabbisogni del sistema regionale: l'integrazione tra aziende e l'innovazione nei processi tecnico-sanitario-amministrativi.

Per rispondere a queste esigenze il sistema concentra l'attenzione sui portatori di interesse: le persone i professionisti e le Aziende Sanitarie pubbliche e private.

Il sistema delle regole del 2012 chiede alle Aziende di

- accompagnare e orientare l'evoluzione di quelle istituzioni/associazioni/aziende che esercitano il loro ruolo a contatto con i bisogni delle persone, promuovendo anche azioni di decentramento e di semplificazione delle procedure amministrative collegati alle attività sanitarie con l'obiettivo di agevolare l'accesso in fasce orarie estese o in ambiti diversificati (uffici comunali, farmacie, ambulatori specialistici, Unità di Cure Primarie complesse, ecc);
- far accedere a prestazioni sanitarie di complessità medio-bassa a domicilio, in particolare soggetti con problemi di mobilità, garantendo la completa qualità delle prestazione;
- differenziare i percorsi di accesso "accelerati" dalle prestazioni d'urgenza ospedaliera, con orari prolungati e diversificati in grado di incontrare da un lato le necessità delle famiglie e i bisogni dei cittadini e dall'altro l'appropriatezza delle cure e il miglior utilizzo del personale e degli spazi;
- confrontare e valutare l'efficacia della comunicazione e diffondere unitariamente e sistematicamente i contenuti e le esperienze di eccellenza che valorizzano le professionalità e qualificano il Sistema sanitario regionale e la "rete" di servizi locale.
- favorire le attività che coinvolgono diversi operatori della sanità e delle comunità per prendere in carico il paziente, sperimentando procedure comuni in un'ottica di umanizzazione delle cure;
- promuovere la razionalizzazione dei processi tecnico amministrativi, utilizzando i principi dell'efficienza e dell'economicità della gestione procedendo alla rilevazione dei costi standard;
- sviluppare le competenze professionali (conoscenze, abilità tecniche, capacità e comportamenti etici) utilizzando anche sistemi informativi integrati di natura sanitaria e amministrativa;

- razionalizzare e/o organizzare i servizi “a rete”, rispettando il fabbisogno della multidimensionalità e della differenziazione per tipologia: di pazienti (bambini, adulti, anziani, donne), di finalità (prevenzione, diagnosi e cura e riabilitazione), di prestazioni (urgenti, differite, programmabili), di percorso (emergenza, ambulatoriale, ricovero), ecc.
- dare impulso alla ricerca, alla formazione e allo sviluppo sostenibile accompagnati da un’azione di coordinamento, implementazione e divulgazione dei risultati ottenuti.
- migliorare il patrimonio sanitario, per facilitare il rapporto fiduciario paziente-professionista, ricercare un efficiente uso delle risorse e assicurare la sicurezza dei pazienti e del personale;
- rafforzare il ruolo di governo strategico e di promotore dell’eccellenza per realizzare nuove modalità di erogazione delle cure, dove l’integrazione e l’innovazione sono responsabilmente a favore della dignità della persona, della sua crescita umana e civile.

La programmazione regionale svolge la funzione strategica di rilevare necessità e aspettative delle persone e di tradurle in obiettivi specifici da assegnare al sistema delle aziende sanitarie presenti sul territorio, definendone priorità di obiettivi e le risorse per raggiungerli tenuto conto che resta fondamentale il mantenimento dell’equilibrio economico coerentemente con le necessità e le aspettative dei cittadini, dei professionisti e più in generale del sistema delle aziende sanitarie pubbliche e private.

Le aree di priorità degli obiettivi sono:

- da un lato gli interventi che migliorano l’accesso ai servizi, l’appropriatezza/efficacia degli interventi e la continuità delle cure,
- dall’altro gli interventi organizzativi e gestionali, capaci di integrare le attività delle Aziende stesse per ottenere una diffusione delle buone pratiche dei diversi processi tecnico-professionali e amministrativi a livello di sistema.

Gli elementi caratterizzanti del SSR e le aree di priorità degli obiettivi portano a configurare sempre di più il Servizio Sanitario Regionale in un sistema integrato “a rete”. Le “reti” rispondono alle esigenze di integrazione e innovazione, derivanti dalle conoscenze e dai bisogni delle persone e comportano la necessità per Regione Lombardia di potenziare le relazioni di collaborazione “strategica e operativa” tra i diversi attori del sistema.

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

Si attribuisce, altresì, una particolare attenzione alla razionalizzazione delle reti della emergenza-ospedaliera, delle patologie, della cronicità anche attraverso l’introduzione di modalità di accesso differenziate e di progettazione e realizzazione di percorsi di cura a livello locale.

Le ASL, come per gli anni precedenti, predispongono e adottano con atto aziendale il Documento di Programmazione e coordinamento dei servizi sanitari e sociosanitari. Il Documento sarà presentato entro il 31 gennaio 2012 alla Conferenza dei Sindaci e trasmesso entro il 1° febbraio 2012 alla D.G. Sanità e alla D.G. Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale.

Il Documento di Programmazione e coordinamento dei servizi sanitari e sociosanitari sarà articolato secondo alcune principali direttrici che considerino:

- Il contesto con gli opportuni descrittori epidemiologici e di ordine socio-economico quali valori di riferimento per la valutazione degli interventi e relativi scostamenti.
- 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;
- L'articolazione dei percorsi diagnostico terapeutici per le principali patologie croniche che diano evidenza della continuità delle cure;
- Gli interventi di assistenza sanitaria e cure primarie con particolare riguardo ai progetti che si intendono implementare in collaborazione con i MMG e PLS;
- Interventi e azioni di semplificazione delle procedure e degli accessi ai servizi con carta CRS-SISS;
- L'obbligo, a decorrere dal 1° marzo 2012, per tutti gli erogatori pubblici e privati sia di ricovero che di specialistica di comunicare, nei referti e/o lettere di dimissione o di comunicazioni varie al cittadino, il costo della prestazione sanitaria effettuata suddivisa nella quota a carico della Regione e, se dovuta, nel contributo a carico del cittadino. Tale adempimento ha riflessi diretti sull'accreditamento delle strutture erogatrici.

Per ciascuna area si farà riferimento anche a quanto indicato negli allegati seguenti, ove sono delineate linee di indirizzo ed obiettivi strategici da perseguire. Il Documento trasmesso alle D.G. Sanità e alla D.G. Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale conterrà una opportuna sintesi anche in forma tabellare che rispetti per ogni obiettivo, la sua articolazione, le risorse utilizzate la tempistica e gli indicatori di misurazione prima e dopo l'intervento/azione.

L'attività e le azioni previste nel documento sopra descritto sono vincolate alle risorse disponibili ed alla destinazione delle stesse.

ALLEGATO 1 - C

PRESTAZIONI EROGABILI DAI SERVIZI DI NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA

L'aggiornamento della classificazione e delle tariffe delle prestazioni afferenti alla branca di Neuropsichiatria Infantile contenute nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale decorre a partire dalle prestazioni prenotate dal 1/1/2012.

Le prestazioni elencate rappresentano il nucleo principale delle attività erogate dai servizi ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali di NPIA, comprendendo tutta l'attività di diagnosi, cura e riabilitazione che è possibile attribuire in modo univoco ad un singolo soggetto (dotata cioè di *etichetta nome-paziente*).

Possono essere svolte da uno o più operatori, presso unità organizzative di servizi, presso altre unità organizzative, presso altre sedi istituzionali esterne, al domicilio o in altri luoghi del territorio, per interventi di contesto.

Criteri generali

Tutte le prestazioni sono riferibili **al soggetto in cura**.

Ciò vale anche per gli interventi di gruppo (registrati per ogni soggetto), di equipe, con la scuola, con i genitori ecc.

Le prestazioni effettuate da più operatori contemporaneamente vanno registrate:

- come unica prestazione, quando si tratta di prestazioni effettuate sempre congiuntamente e in cui la presenza contemporanea è connaturata alla tipologia di prestazione;
- come più prestazioni, una per ogni competenza specifica che le ha generate quando la compresenza non è insita nella prestazione erogata (non è ad esempio necessaria e prevista in tutte le visite) ma è legata alla complessità ed alla specificità della situazione clinica in oggetto, e quindi la contemporanea presenza di più operatori implica che vi siano più prestazioni professionali specifiche erogate contemporaneamente per motivi di ottimizzazione clinica e organizzativa.

Tutte le attività specifiche connesse alla prestazione (preparazione materiali, siglatura, refertazione, compilazione della cartella etc) nonché per la registrazione della prestazione tra i dati di attività, sono considerate parte integrante della prestazione stessa.

Le prestazioni possono essere effettuate da tutte le figure professionali, in riferimento ognuna alla propria competenza (ad esempio, colloquio del medico, del logopedista, dell'educatore ecc), fatto salvo situazioni specificamente normate (ad esempio, prestazioni che possono essere eseguite solo da coloro che possiedono l'iscrizione a specifici ordini professionali).

Le prestazioni sono raggruppate nelle 14 categorie che seguono.

Per ogni categoria è riportata la definizione, i criteri generali, le tipologie di attività incluse e quelle escluse.

1. VISITA /COLLOQUIO

Definizione:

Intervento finalizzato alla valutazione delle condizioni cliniche e/o degli aspetti relazionali del paziente, con l'obiettivo di giungere a conclusioni diagnostiche e all'impostazione, all'attuazione e

ALLEGATO 1 - C

alla verifica del trattamento prescritto; viene svolto dalle diverse figure professionali in riferimento alla propria competenza, in sede, a domicilio, in altro luogo.

Criteri:

è significativo per i problemi del paziente e dei familiari per il programma di cura, riabilitazione e assistenza in corso

avviene in uno studio o in un luogo appartato, che garantisca la riservatezza della comunicazione tra operatore e paziente

è di norma preventivamente concordato tra operatore e paziente e familiari

i contenuti vengono registrati sulla cartella clinica.

Include:

prima visita; colloquio con il paziente e/o con i familiari successivo al primo; visita/colloquio svolta al domicilio o presso qualunque altra sede; follow-up neonatale ed esame neuro-psicomotorio; colloquio psicologico-clinico; visite di controllo e di valutazione dell'efficacia terapeutica e riabilitativa.

La programmazione di indagini cliniche e strumentali, come le prescrizioni farmacologiche o terapeutico-riabilitative o la stesura di breve relazione, di certificazione o di refertazione CRS-SISS contestuali alla visita/colloquio sono considerate parte della prestazione effettuata.

Include inoltre: colloquio per la raccolta anamnestica o per la compilazione di scheda-filtro o per l'illustrazione delle procedure diagnostico-terapeutiche, riabilitative o di supporto, effettuato anche **in assenza del paziente** con familiari, conviventi o altre figure significative. Il colloquio può comprendere contenuti informativi non strutturati.

Esclude:

le sole comunicazioni telefoniche;

colloqui svolti in modo informale;

colloqui con finalità di intrattenimento e conversazione,

intervento strutturato, con tecniche a carattere psicoeducativo;

valutazione standardizzata;

intervento di sostegno psicologico al paziente o ai familiari;

intervento di rete;

Codici e prestazioni afferenti (tra parentesi i codici che sono stati accorpati nei nuovi codici):

Le seguenti prestazioni ricomprendono anche quelle i cui codici sono riportati in parentesi.

Non si possono esporre contemporaneamente i codici aggiornati con quelli del precedente tariffario per le prestazioni di cui sotto:

CA010 - Prima visita neuropsichiatrica infantile (897; 94191)

CA009 - visita di controllo o colloquio neuropsichiatrico infantile (8901; 94121)

CA005 - colloquio psicologico clinico nei disturbi neuropsichici dell'età evolutiva (9409)

AA041 - colloquio per raccolta anamnestica o illustrazione delle procedure diagnostiche, terapeutiche, riabilitative o di supporto: in sede

AA091 - follow up neonatale, esame neuropsicomotorio

AB042 - colloquio per raccolta anamnestica o illustrazione delle procedure diagnostiche, terapeutiche, riabilitative o di supporto: fuori sede

ALLEGATO 1 - C

2. VALUTAZIONE FUNZIONALE

Definizione:

Si intende la valutazione funzionale del paziente, anche attraverso strumenti standardizzati, finalizzata alla descrizione, quantificazione e inquadramento nosologico. dello sviluppo globale, cognitivo, affettivo/relazionale, linguistico, neuropsicologico, psicopatologico; delle anomalie comportamentali, della disabilità, del carico familiare, della qualità della vita, della rete relazionale e sociale ecc.. La valutazione può avvenire nella fase iniziale ed essere così finalizzata alla formulazione del piano di cura o di riabilitazione, ma può essere ripetuta a scadenze regolari in periodi successivi come verifica dei progressi del trattamento o del programma riabilitativo. Comprende la procedura completa dei test somministrati, inclusa la siglatura.

Criteri :

è premessa indispensabile al progetto terapeutico/ riabilitativo o alla sua verifica;
può essere ripetuta nel tempo;
la valutazione e la sintesi vengono registrate in cartella.

Include:

utilizzo di strumenti standardizzati per la valutazione dell'area in esame (test psicodiagnostici, interviste semistrutturate, scale, questionari ecc, con somministrazione diretta al paziente o ai familiari), lettura quantitativa, qualitativa e sintesi diagnostica
valutazione funzionale effettuata tramite osservazione, utilizzo di griglie o prove non standardizzate, compresa la videoregistrazione
valutazione riabilitativa, con stesura del profilo neuromotorio, psicomotorio o del linguaggio
Individuazione, valutazione, prescrizione e collaudo delle protesi, delle ortesi e degli ausili.

Esclude:

riunioni interne finalizzate alla discussione del caso;
attività di valutazione non incentrate sul singolo paziente, ma su classi di pazienti o sull'intero servizio (per esempio a carattere epidemiologico)

note: la prestazione AA621 è da associarsi al codice della valutazione effettuata quando oltre alla prestazione di base viene contestualmente effettuata la videoregistrazione

Codici e prestazioni afferenti (tra parentesi i codici che sono stati accorpati nei nuovi codici):

Le seguenti prestazioni ricomprendono anche quelle i cui codici sono riportati in parentesi. Non si possono esporre contemporaneamente i codici aggiornati con quelli del precedente tariffario per le prestazioni di cui sotto:

AA621 - videoregistrazione per inquadramento diagnostico o per monitoraggio riabilitativo o terapeutico (AF611)

AC251 - osservazioni di gioco e comportamentali del bambino: in sede.

AD252 - osservazioni di gioco e comportamentali del bambino: fuori sede.

ALLEGATO 1 - C

AF241 - osservazione per la valutazione delle risorse individuali nell'ambito dell'autonomia personale, dell'integrazione sociale e delle capacità lavorative

AF571 - valutazione della comunicazione e del linguaggio in età evolutiva: in sede (94084)

AF581 - valutazione neuromotoria in età evolutiva, compresa la valutazione protesica: in sede (93011; 93012; 93013; 93041; 93042; 93051; 93052)

AF591 - valutazione neuropsicologica in età evolutiva: in sede. (93014; 94021; 94022; 94081; 94082)

AF601 - valutazione dello sviluppo psicomotorio in età evolutiva: in sede.

AG572 - valutazione della comunicazione e del linguaggio in età evolutiva: fuori sede.

AG582 - valutazione neuromotoria in età evolutiva, compresa la valutazione protesica: fuori sede.

AG602 - valutazione dello sviluppo psicomotorio in età evolutiva: fuori sede.

AG642 - valutazione neuropsicologica in età evolutiva: fuori sede.

CA001- somministrazione test di sviluppo o di livello cognitivo in età evolutiva (94011; 94012)

CA002- valutazione neurofunzionale visiva in età evolutiva

CA006 - somministrazione di test proiettivi e della personalità in età evolutiva (94083)

CA007 - somministrazione di test di valutazione della disabilità sociale in età evolutiva (94085)

CA008 - somministrazione di test per la valutazione del carico familiare e dello stress genitoriale nei disturbi neuropsichici dell'età evolutiva (94086)

9302 - Valutazione ortottica

9543 - Valutazione audiologica

3. PSICOTERAPIA

Definizione:

Interventi strutturati, mirati ad una trasformazione da parte del paziente e/o genitore del modo di percepire e di intendere i propri vissuti e pensieri, ed alla modificazione dei comportamenti. E' svolta nell'ambito di un programma terapeutico concordato con il paziente ed i suoi familiari, con frequenza, durata e modalità degli incontri fisse e predefinite, e prevede l'utilizzazione di tecniche specifiche da parte di operatori adeguatamente formati.

Criteri:

viene svolta da operatori iscritti all'albo degli psicoterapeuti

prevede l'utilizzo di tecniche specifiche

ha carattere continuativo nel tempo

la frequenza, la collocazione oraria e la durata sono prestabilite anche se con modalità diverse a secondo della psicoterapia considerata

i contenuti vengono registrati sulla cartella clinica

Include:

psicoterapia individuale

psicoterapia congiunta genitore/bambino

psicoterapia della coppia genitoriale

psicoterapia di gruppo

ALLEGATO 1 - C

psicoterapia familiare

Esclude:

colloqui a carattere psicoterapico ma non formalizzati come psicoterapia;
colloquio psicologico-clinico
colloquio per raccolta anamnestica o illustrazione delle procedure diagnostiche, terapeutiche, riabilitative o di supporto
interventi di sostegno psicologico al paziente o ai familiari
singoli interventi con i familiari (anche se frequenti) non strutturati in psicoterapia
interventi psicoeducativi o psicopedagogici
incontri con gruppi di familiari.

Codici e prestazioni afferenti (tra parentesi i codici che sono stati accorpati nei nuovi codici):

Le seguenti prestazioni ricomprendono anche quelle i cui codici sono riportati in parentesi. Non si possono esporre contemporaneamente i codici aggiornati con quelli del precedente tariffario per le prestazioni di cui sotto:

CA014- psicoterapia individuale o congiunta nei disturbi neuropsichici dell'età evolutiva (943)
CA015- psicoterapia familiare nei disturbi neuropsichici dell'età evolutiva (9442)
CA016- psicoterapia di gruppo nei disturbi neuropsichici dell'età evolutiva (9444)

4. INTERVENTO DI SOSTEGNO

Definizione

intervento individuale di sostegno al paziente o al nucleo familiare, o intervento di gruppo rivolto a genitori con situazioni analoghe (disabilità, disturbi dello sviluppo, disturbi specifici di linguaggio, disturbi specifici di apprendimento, ADHD, disturbi psichiatrici, patologie croniche o degenerative, malattie ad elevato rischio di morte ecc.).

Criteri :

è parte integrante del progetto terapeutico esplicitato in cartella clinica
ha obiettivi specifici e condivisi
viene svolto da tutte le figure professionali, per la propria specifica competenza
non prevede l'utilizzo di una tecnica psicoterapica specifica
è mirato al supporto relativo a problemi specifici, pertanto, pur essendo continuativa nel tempo, è limitata ad un periodo definito
la durata è prestabilita, mentre la frequenza e la collocazione oraria possono variare a secondo delle necessità
i contenuti vengono registrati in cartella clinica.

Include:

colloqui a carattere psicoterapico ma non formalizzati come psicoterapia;
incontri di supporto individuali o di gruppo per genitori
mediazione familiare per situazioni di competenza NPIA
gruppi di parola per situazioni di competenza NPIA

ALLEGATO 1 - C

gruppi di genitori di bimbi deceduti per patologie di competenza NPIA
parent training
interventi psicoeducativi o psicopedagogici individuali o di gruppo.

Esclude:

colloquio per raccolta anamnestica o illustrazione delle procedure diagnostiche, terapeutiche, riabilitative o di supporto
psicoterapia
gruppi di auto-aiuto senza la presenza di un operatore con funzione di conduttore

Codici e prestazioni afferenti (tra parentesi i codici che sono stati accorpati nei nuovi codici):

Le seguenti prestazioni ricomprendono anche quelle i cui codici sono riportati in parentesi. Non si possono esporre contemporaneamente i codici aggiornati con quelli del precedente tariffario per le prestazioni di cui sotto:

AI451 - seduta di sostegno psicologico

AK111 - incontri di gruppo di genitori con figli portatori di patologie croniche o degenerative, disabilità, rischio di morte o con altre problematiche condivise (AK101)

5. INTERVENTO ABILITATIVO/RIABILITATIVO

Definizione:

Intervento finalizzato al trattamento abilitativo o riabilitativo dei disturbi motori, psicomotori, linguistici, comunicativi, neuropsicologici, cognitivi, relazionali ecc. del bambino, attraverso tecniche specifiche mirate per l'età evolutiva che prevedano un'attenzione globale all'utente e al suo contesto di vita e siano in grado di produrre un miglioramento superiore a quanto prevedibile dal normale sviluppo o dalla storia naturale della malattia, nell'ottica di consentire all'individuo di raggiungere il proprio livello ottimale di funzionamento autonomo nella comunità. E' generalmente erogato in cicli, che prevedono la definizione di specifici obiettivi, strategie, tempi e verifiche e che possono essere ripetuti nel tempo. Può comprendere l'utilizzo di strumenti informatici, tecnologie avanzate ecc. Può essere individuale o di gruppo.

Criteri :

è parte integrante del progetto terapeutico esplicitato in cartella clinica
prevede obiettivi specifici e verifiche periodiche
i contenuti vengono periodicamente registrati in cartella clinica

Include:

seduta di abilitazione/riabilitazione;
attività di abilitazione o riabilitazione in acqua, riabilitazione equestre;
training del paziente (incluso child training), dei genitori, degli insegnanti o di altri operatori coinvolti nel caso.

Esclude:

valutazione funzionale;

ALLEGATO 1 - C

intervento educativo o di supporto sociale.

Codici e prestazioni afferenti (tra parentesi i codici che sono stati accorpati nei nuovi codici):

Le seguenti prestazioni ricomprendono anche quelle i cui codici sono riportati in parentesi. Non si possono esporre contemporaneamente i codici aggiornati con quelli del precedente tariffario per le prestazioni di cui sotto:

AL461 - seduta individuale di abilitazione o riabilitazione dei disturbi del linguaggio e della comunicazione in età evolutiva. (93721)

AL471 - seduta individuale di abilitazione o riabilitazione delle funzioni neuropsicologiche in età evolutiva. In sede. (93711; 93713; 93892)

AL481 - seduta individuale di riabilitazione dei disturbi dello sviluppo. In sede.

AL491 -seduta individuale di abilitazione o riabilitazione svolta mediante l'utilizzo di strumenti informatici, di tecnologie avanzate o di strumenti di comunicazione aumentativa.

AL501 - seduta individuale di abilitazione o riabilitazione neuromotoria: in sede. (93111; 93112; 93113; 93114; 93191; 9322)

AL541 - training individuale di addestramento per specifici trattamenti terapeutici rivolto a altri operatori: in sede. (*)

AL551 - training individuale di addestramento per specifici trattamenti terapeutici rivolto a genitori: in sede.

AL561 - training individuale di addestramento per specifici trattamenti terapeutici rivolto a insegnanti: in sede. (*)

AM482 - seduta individuale di abilitazione o riabilitazione di psicomotricità: fuori sede.

AM542 - training individuale di addestramento per specifici trattamenti terapeutici rivolto a altri operatori: fuori sede. (*)

AM552 - training individuale di addestramento per specifici trattamenti terapeutici rivolto a genitori: fuori sede.

AM562 - training individuale di addestramento per specifici trattamenti terapeutici rivolto a insegnanti: fuori sede. (*)

AN401 - seduta di gruppo di abilitazione o riabilitazione dei disturbi del linguaggio e della comunicazione in età evolutiva. (93722)

AN411 - seduta di gruppo di abilitazione o riabilitazione delle funzioni neuropsicologiche. (93712; 93714; 93893)

AN421 - seduta di gruppo di abilitazione o riabilitazione dei disturbi dello sviluppo psicomotorio

AN431 - seduta di gruppo di abilitazione o riabilitazione svolta mediante l'utilizzo di strumenti informatici, di tecnologie avanzate o di strumenti di comunicazione aumentativa.

AN441 - seduta di gruppo di abilitazione o riabilitazione neuromotoria dell'età evolutiva. (93192)

AN511 - training di gruppo di addestramento per specifici trattamenti terapeutici rivolto a altri operatori: in sede. (*)

AN521 - training di gruppo di addestramento per specifici trattamenti terapeutici rivolto a genitori: in sede.

AN531 - training di gruppo di addestramento per specifici trattamenti terapeutici rivolto a insegnanti: in sede. (*)

AO512 - training di gruppo di addestramento per specifici trattamenti terapeutici rivolto a altri operatori: fuori sede. (*)

ALLEGATO 1 - C

AO522 - training di gruppo di addestramento per specifici trattamenti terapeutici rivolto a genitori: fuori sede.

AO532 - training di gruppo di addestramento per specifici trattamenti terapeutici rivolto a insegnanti: fuori sede. (*)

CA003 - attività abilitativa/riabilitativa in acqua nelle disabilità dell'età evolutiva (93311)

CA004 - attività abilitativa/riabilitativa di gruppo in acqua nelle disabilità dell'età evolutiva (93312)

CA011- seduta individuale di abilitazione e riabilitazione neurofunzionale visiva in età evolutiva

CA012 - seduta individuale di abilitazione o riabilitazione neuromotoria: fuori sede.

CA013- attività abilitativa o riabilitativa equestre nelle disabilità dell'età evolutiva

9535 - Training ortottico

93891 - Training condizionamento audiometrico infantile

6. INTERVENTO EDUCATIVO

Definizione:

Intervento incentrato su attività educative/rieducative, ricreative o di socializzazione che ha lo scopo di consentire ai pazienti di migliorare le autonomie e le capacità di gestione della disabilità, e di potenziare le principali abilità di base (cura di sé e abilità strumentali), interpersonali e sociali, frequentando inoltre ambienti e persone anche al di fuori della famiglia. Può essere svolto sia all'interno della struttura, che all'esterno con il coinvolgimento del paziente in iniziative sociali ed in attività ricreative sul territorio.

Può essere finalizzato alla formazione al lavoro e/o all'inserimento/reinserimento nel mercato del lavoro o in impiego protetto (per utenti tra 16 e 18 anni d'età).

Criteri:

l'operatore è presente durante l'attività in modo stabile

non si sostituisce o affianca semplicemente il paziente nell'attività

può essere sul soggetto (“educare il disabile”) o sul contesto (“educare al disabile”), anche in assenza del paziente

l'intervento è a termine, ha specifici obiettivi previsti dal progetto di trattamento e non rappresenta semplicemente una attività estemporanea

l'intervento non fa parte delle attività quotidiane di assistenza

registrazione periodica sulla cartella clinica

Include:

interventi educativo/rieducativi individuali

interventi educativi/rieducativi di gruppo

Esclude:

attività non strutturate di incontro, intrattenimento e accoglienza;

attività di formazione professionale, di tirocinio e di inserimento lavorativo e di impiego protetto senza la presenza dell'operatore;

ALLEGATO 1 - C

interventi rivolti a datori di lavoro o a organizzazioni sindacali finalizzati alla soluzione di problemi in ambito lavorativo

Codici e prestazioni afferenti (tra parentesi i codici che sono stati accorpati nei nuovi codici):

Le seguenti prestazioni ricomprendono anche quelle i cui codici sono riportati in parentesi. Non si possono esporre contemporaneamente i codici aggiornati con quelli del precedente tariffario per le prestazioni di cui sotto:

AP021 - attività individuali educativo rieducative nell'ambito della autonomia personale, del gioco, delle attività scolastiche, occupazionali o lavorative: in sede. (9383)

AP031 - attività individuali finalizzate alla formazione dei pazienti in ambiti lavorativi, anche in ambiente "protetto": in sede.

AP231 - intervento individuale di risocializzazione, animazione e ricreazione con finalità di integrazione sociale per bambini: in sede.

AP631 - colloquio dell'educatore per l'illustrazione del progetto educativo: in sede

AQ022 - attività individuali educativo rieducative nell'ambito della autonomia personale, del gioco, delle attività scolastiche, occupazionali o lavorative: fuori sede.

AQ032 - attività individuali finalizzate alla formazione dei pazienti in ambiti lavorativi, anche in ambiente "protetto": fuori sede.

AQ232 - intervento individuale di risocializzazione, animazione e ricreazione con finalità di integrazione sociale per bambini: fuori sede.

AQ632 - colloquio dell'educatore per l'illustrazione del progetto educativo: fuori sede

AR011 - attività di gruppo educativo rieducative nell'ambito della autonomia personale, del gioco, delle attività scolastiche, occupazionali o lavorative: in sede. (93831)

AR221 - intervento di gruppo di risocializzazione, animazione e ricreazione per integrazione di bambini in difficoltà: in sede.

AS012 - attività di gruppo educativo rieducative nell'ambito della autonomia personale, del gioco, delle attività scolastiche, occupazionali o lavorative: fuori sede.

AS222 - intervento di gruppo di risocializzazione, animazione e ricreazione per integrazione di bambini in difficoltà: fuori sede.

7. INTERVENTO DI SUPPORTO SOCIALE

Definizione:

Si intendono interventi rivolti al minore o alla famiglia in cui l'operatore svolge una funzione di informazione e di mediazione tra gli utenti ed Enti, strutture o imprese, ad esempio rispetto a problemi scolastici, di lavoro, abitativi, di natura amministrativa, ecc.

Sono previsti nel progetto di presa in carico e finalizzati al superamento dei problemi legati alla disabilità e allo svantaggio sociale. Possono anche essere rivolti alla rete sociale informale, per la promozione delle necessarie iniziative di collaborazione e di integrazione con il contesto di vita. Includono il tempo necessario per la stesura del piano di intervento sociale.

Criteri:

la presenza dell'operatore è essenziale per l'intervento

l'intervento può essere svolto anche in assenza del paziente

ALLEGATO 1 - C

i contenuti vengono registrati sulla cartella clinica.

Include:

riunioni/incontri con volontari, conoscenti, vicini, colleghi di lavoro, persone di riferimento nella comunità, ecc. che sono o potrebbero essere in relazione con il paziente; contatto con datori di lavoro, strutture aziendali e sindacali ecc. Nella prestazione sono compresi tutti i contatti anche telefonici necessari, nonché la eventuale stesura di relazioni a carattere amministrativo o sociale, eccetto che nelle situazioni previste dalla categoria 10.

Esclude:

le sole comunicazioni telefoniche;
riunione con strutture sanitarie/altri Enti per il coordinamento e la gestione del caso, espletamento di pratiche amministrative non relative al singolo paziente;
riunioni di verifica e programmazione sul caso con operatori di comunità/istituti finalizzati all'inserimento del paziente o alla sua permanenza nella struttura (rilevati come con altri servizi/enti).

Codici e Categorie di prestazione afferenti (tra parentesi i codici che sono stati accorpati nei nuovi codici):

Le seguenti prestazioni ricomprendono anche quelle i cui codici sono riportati in parentesi. Non si possono esporre contemporaneamente i codici aggiornati con quelli del precedente tariffario per le prestazioni di cui sotto:

AT171 -inserimento in comunità/istituti con presenza dell'operatore affiancante: in sede (*)

AT181 - interventi di sostegno nell'espletamento di pratiche amministrative: in sede (AT201) (*)

AT191 - interventi di tutela del paziente, incluso il necessario supporto per l'inserimento lavorativo: in sede (AT211; AT351) (*)

AT641 - colloquio dell'assistente sociale per l'illustrazione dei progetti sociali: in sede (*)

AU172 - inserimento in comunità/istituti con presenza dell'operatore affiancante: fuori sede (*)

AU182 - interventi di sostegno nell'espletamento di pratiche amministrative: fuori sede (AU202)(*)

AU192 - interventi di tutela del paziente, incluso il necessario supporto per l'inserimento lavorativo: fuori sede (AU212; AU352) (*)

AU642 - colloquio dell'assistente sociale per l'illustrazione dei progetti sociali: fuori sede (*)

8. ATTIVITÀ DI VERIFICA SUL CASO

Definizione:

Incontro operativo interno al servizio di NPIA, a carattere clinico, mirato alla presentazione e alla discussione del caso, alla presa in carico, alla programmazione, alla stesura del piano di trattamento, al coordinamento e alla verifica del programma di cura, incentrato su un singolo utente. Può avvenire sia all'interno di una singola struttura tra i diversi membri dell'équipe che tra più strutture della stessa UONPIA.

ALLEGATO 1 - C

Criteria:

è un incontro programmato, con un accordo precedente, tra almeno due operatori della stessa UONPIA e non un incontro informale
è incentrata sul singolo caso
la durata dell'intervento è di almeno 20 minuti
i contenuti vengono registrati nella cartella clinica
nel caso in cui alla riunione partecipino operatori di più strutture l'intervento viene assegnato alla struttura in cui viene svolta la riunione.

Esclude:

riunioni in cui la durata della discussione sul singolo caso sia inferiore ai 20 minuti;
riunioni a carattere organizzativo e non clinico;
incontri non formalizzati di confronto tra operatori su singoli casi (ad esempio due operatori che incontrandosi si aggiornano reciprocamente sui casi in comune);
le sole comunicazioni telefoniche;
incontro con operatori di altri servizi
incontro di valutazione del caso in presenza dei familiari o del paziente
riunioni di supervisione relative a pazienti non in carico alla UONPIA.

Codici di prestazioni afferenti:

AV371 - riunioni di presentazione del caso, di verifica periodica, di programmazione sul singolo paziente

9. ATTIVITÀ CON ALTRI SERVIZI/ ENTI

Definizione:

Incontro operativo, a carattere clinico, mirato alla presentazione e alla discussione del caso, alla presa in carico, alla programmazione, alla stesura del piano di trattamento, al coordinamento e alla verifica del programma di cura, incentrato su un singolo utente.

Avviene tra operatori del servizio ed operatori di altri servizi sanitari (generali o specialistici, inclusi altri reparti ospedalieri), servizi sociali, comunità e/o istituti, tribunali, prefetture, altre istituzioni.

Criteria:

è un incontro programmato con un accordo precedente tra i partecipanti e non un incontro informale
è incentrata sul singolo caso
la durata della discussione per il singolo caso è di almeno 20 minuti
i contenuti vengono registrati sulla cartella clinica.

Esclude:

riunioni sul singolo caso con strutture sanitarie e altri Enti, in cui la durata della discussione sia inferiore ai 20 minuti
incontri/riunioni interne alla UONPIA;

ALLEGATO 1 - C

incontri non formalizzati di confronto su singoli casi

comunicazioni telefoniche

incontri/riunioni con volontari, conoscenti, vicini, colleghi di lavoro, persone di riferimento della comunità.

Le seguenti prestazioni ricomprendono anche quelle i cui codici sono riportati in parentesi. Non si possono esporre contemporaneamente i codici aggiornati con quelli del precedente tariffario per le prestazioni di cui sotto:

Codici e prestazioni afferenti:

AW121 -incontri con il medico di base: in sede (*)

AW131 - incontri con operatori di comunità o di istituti: in sede (*)

AW141 - incontri con operatori di sindacati e patronati: in sede (BI071) (*)

AW151 - incontri con organi giudiziari e prefettura: in sede (BI051) (*)

AW161 - incontri con strutture educative: in sede (BJ061) (*)

AW361 - riunioni con strutture sanitarie e operatori sociali dell'Ente locale: in sede (*)

AX122 - incontri con il medico di base: fuori sede (*)

AX132 - incontri con operatori di comunità o di istituti: fuori sede (*)

AX142 - incontri con operatori di sindacati e patronati: fuori sede (BJ072) (*)

AX152 - incontri con organi giudiziari e prefettura: fuori sede (BJ052) (*)

AX162 - incontri con strutture educative: fuori sede (BJ062) (*)

AX362 - riunioni con strutture sanitarie e operatori sociali dell'Ente locale: fuori sede (*)

10. RELAZIONI CLINICHE PER ADEMPIMENTI LEGISLATIVI

Definizione

Relazione clinica funzionale, redatta al termine degli accertamenti diagnostici o in un momento successivo. E' rivolta alla scuola secondo quanto previsto dalla L104/92 e succ (ed in particolare dalla DGR 2185/2011) o dalla legge 170/2010 e succ. Relazione clinica dettagliata per organi giudiziari.

Criteri:

è incentrata sul singolo caso

è obbligatoria in base a normative nazionali o regionali

ne viene conservata copia in cartella clinica

Include: Diagnosi Funzionale (DF), Profilo Dinamico Funzionale/Progetto Educativo Individualizzato (PDF/PEI), relazione funzionale sintetica per collegio di accertamento H, Relazione diagnostica funzionale per legge 170/2010, Relazioni per Tribunale per i Minorenni o altri organi giudiziari

Esclude:

relazione breve contestuale a visita/colloquio

certificazioni che non includano relazione dettagliata

ALLEGATO 1 - C

lettera di dimissione
relazioni per i genitori
relazioni per altri enti che non rientrano tra quelle incluse nella definizione

Codici e prestazioni afferenti:

Le seguenti prestazioni ricomprendono anche quelle i cui codici sono riportati in parentesi. Non si possono esporre contemporaneamente i codici aggiornati con quelli del precedente tariffario per le prestazioni di cui sotto:

AY081- relazioni funzionali secondo L104/92 e succ o L170/2010 (AY321; AY331) (*)

AY341 - relazione per organi giudiziari (*)

11. SCREENING

Include le visite, i colloqui, le osservazioni e le somministrazioni di test nell'ambito di iniziative di prevenzione secondaria, specificamente definite.

Codici di prestazioni afferenti:

AZ381 - screening, in sede. (*)

BA382 - screening, fuori sede. (*)

12. INTERVENTI DIAGNOSTICO-STRUMENTALI

Definizione

Esami strumentali effettuati per utenti in corso di definizione diagnostica o terapeutica o in carico, tratte dal nomenclatore nazionale.

Include: prestazioni strumentali effettuate all'interno del servizio NPIA o presso altri servizi, se ribaltate sul servizio di NPIA.

Esclude: prestazioni strumentali effettuate presso altri servizi, non ribaltate sul servizio di NPIA.

Codici di prestazioni afferenti:

8914 -Elettroencefalogramma

8917 - Polisonnogramma

9521 - Elettroretinografia (erg, flash-pattern)

9523 - Potenziali evocati visivi (vep)

89141 - Elettroencefalogramma con sonno farmacologico

89142 - Elettroencefalogramma con privazione del sonno

89143 - Elettroencefalogramma dinamico 24 ore

89144 - Elettroencefalogramma dinamico 12 ore

89145 - Elettroencefalogramma con analisi spettrale

89151 - Potenziali evocati acustici

89152 - Potenziali evocati stimolo ed evento correlati

ALLEGATO 1 - C

- 89153 - Potenziali evocati motori
- 89154 - Potenziali evocati somato-sensoriali
- 89156 - Poligrafia
- 89158 - Potenziali evocati uditivi
- 89181 - Test polisonnografici del livello di vigilanza
- 89182 - Monitoraggio protratto del ciclo sonno-veglia
- 89191 - Elettroencefalogramma con videoregistrazione
- 89192 - Poligrafia con videoregistrazione
- 93081 - Elettromiografia semplice [emg]
- 93083 - Elettromiografia di unita' motoria
- 93085 - Risposte riflesse
- 93091 - Velocita' di conduzione nervosa motoria
- 93092 - Velocita' di conduzione nervosa sensitiva
- 95411 - Esame audiometrico tonale
- 95414 - Esame audiometrico condizionato infantile

13. PRESENZA SEMIRESIDENZIALE, INFERIORE O SUPERIORE ALLE 4 ORE

Definizione:

Si intende la presenza programmata dell'utente, in una struttura semiresidenziale di NPIA, nell'ambito della quale vengono effettuate attività terapeutico-riabilitative per soggetti con disturbi della comunicazione, delle funzioni intellettive, dello sviluppo neuropsichico, della relazione o della socializzazione. Avviene in stretto raccordo e condivisione progettuale con il servizio territoriale di NPIA di riferimento, ed è finalizzata a garantire interventi complessi e coordinati che richiedono elevato grado di intensità, anche nell'ottica di prevenire o ridurre al minimo la necessità di ricorso al ricovero ospedaliero o alla residenzialità e favorire il mantenimento nel contesto sociale di appartenenza.

Criteri:

è parte integrante di un progetto terapeutico specifico

la presenza dell'utente nella struttura va al di là del tempo dedicato ai singoli interventi strutturati (*quale la partecipazione ad un gruppo terapeutico*)

la frequenza e la durata del trattamento devono essere programmati e gli obiettivi verificati periodicamente

Esclude:

la semplice somma di interventi singoli, anche se erogati dalla stessa struttura nella stessa giornata

Codici e prestazioni afferenti:

BK301 - presenza semiresidenziale per bambini - assistenza maggiore di 4 ore e minore di 8 ore

BK311 - presenza semiresidenziale per bambini - assistenza minore di 4 ore

ALLEGATO 1 - C

BL281 - presenza semiresidenziale per adolescenti - assistenza maggiore di 4 ore e minore di 8 ore

BL291 - presenza semiresidenziale per adolescenti - assistenza minore di 4 ore

14. PRESENZA RESIDENZIALE

Definizione:

Si intende la presenza continuativa, anche notturna, in struttura residenziale terapeutica di NPIA a carattere comunitario extra-ospedaliero, con erogazione dell'assistenza nell'arco delle 24 ore.

Avviene in stretto raccordo e condivisione progettuale con il servizio territoriale di NPIA di riferimento, ed è finalizzata a garantire interventi complessi e coordinati che richiedono non solo elevato grado di intensità, ma anche la temporanea discontinuità con l'ambiente familiare. Il progetto di intervento deve essere individualizzato, e l'équipe multidisciplinare, cardine dell'intervento, deve coinvolgere la famiglia come partner attivo e il territorio di provenienza del minore, favorendo l'integrazione delle componenti sanitarie, riabilitative e assistenziali.

Criteri:

è parte integrante di un progetto terapeutico specifico

l'accoglimento nella struttura residenziale è programmato

devono essere chiaramente definiti gli obiettivi dell'intervento e le modalità di valutazione degli esiti per il minore e per la famiglia.

la durata del trattamento e gli obiettivi terapeutici devono essere verificati periodicamente.

Esclude:

presenza solo diurna nella struttura (semiresidenzialità <4 ore o >4ore)

gli interventi singoli strutturati anche se erogati dalla stessa struttura nella stessa giornata.

Codici e prestazioni afferenti:

BK271 - presenza residenziale per bambini - assistenza per 24 ore

BL261 - presenza residenziale per adolescenti - assistenza per 24 ore

In allegato 1A sono riportate le prestazioni e le modifiche tariffarie in aggiornamento del Nomenclatore tariffario regionale.

In allegato 1B, che contiene le prestazioni sopra identificate con (*), sono riportate le modifiche di aggiornamento dell'allegato 1-C per le prestazioni di Neuropsichiatria infantile di cui alla DGR n.VII/2800/00 che continuano a non avere delle tariffe ma che devono essere puntualmente rendicontate in modo da poter quantificare nel modo più corretto possibile la specifica funzione non tariffabile già attualmente riconosciuta.

Allegato 2

Il quadro del sistema per l'anno 2012

In relazione ai contenuti del “Nuovo Patto per la Salute per gli anni 2010 – 2012” le risorse disponibili per l'anno 2012, a normativa vigente, a livello nazionale sono stimabili in **circa 108,7 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, del D.L. n.98/2011 convertito in L. n 111/2011 e del D.L. n. 138/2011 convertito in L. n. 148/2011.**

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 argomento e al riparto definitivo fra le Regioni delle risorse disponibili per il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale.

L'accesso a tali risorse da parte della Regione Lombardia è sottoposto a verifica, nelle modalità già riportate nella DGR n. 937/2010, ed 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 e nel Patto sulla Salute 2010-2012.

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.

Tenendo conto di queste premesse, le risorse sopra previste e destinate al finanziamento del servizio sanitario regionale sono riferite **per 17.450 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 e delle Amministrazioni 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	935	5,50%
2 – Assistenza distrettuale	8.670	fino al 51,00%
3 – Assistenza ospedaliera	7.395	fino al 43,50%
TOTALE	17.000	100,00%
Saldo di mobilità attiva per cittadini fuori regione	450	
TOTALE COMPLESSIVO	17.450	

FINANZIAMENTO DEL SISTEMA

Innanzitutto si procede ad individuare le risorse da destinare, con successivi provvedimenti di questa Giunta Regionale e delle Direzioni Generali competenti, al finanziamento dell'Assistenza socio-sanitaria integrata per un importo, a valere sulle risorse disponibili per l'assistenza sanitaria, pari ad euro 1.623 milioni e al finanziamento dell'ARPA (Agenzia Regionale per la Protezione dell'Ambiente) per un importo pari a 71,5 milioni di Euro .

FINANZIAMENTO DELLA GESTIONE SANITARIA

In adesione a quanto previsto dall'applicazione dei decreti attuativi della L. n. 42/2009 fino ad oggi emanati Regione Lombardia procede ad individuare sia le risorse da destinare al finanziamento di spese regionali e di altre voci di spesa specifiche governate a livello regionale al fine di migliorare l'efficienza del Sistema Regionale sia le risorse da destinare al finanziamento di dei costi standard per le Aziende sanitarie per un totale pari a 15.755,5 milioni di euro:

RISORSE PER INTERVENTI DIRETTI REGIONALI per un totale pari a 1.316,5 milioni di euro :

- fino a 261,5 milioni di Euro per far fronte alle spese dirette regionali (comprese le spese dirette della Direzione Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale) sostenute per conto del SSR, comprese le spese relative all'informatizzazione del sistema sanitario, nonché la prosecuzione delle progettualità del Sistema sanitario già attivate negli scorsi anni e per la dematerializzazione delle cartelle cliniche;

- fino a 576 milioni di Euro per funzioni non tariffate delle strutture erogatrici pubbliche e private, comprese le risorse per la tenuta dei registri tumori, da definirsi con successivo provvedimento di questa Giunta Regionale;
- 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 2012 non viene emanato;
- contributi a favore dei soggetti erogatori individuati dalla legge regionale 6 agosto 2009 , n. 18, fino a 14 milioni di euro;
- la regolazione delle prestazioni usufruite da cittadini non lombardi presso erogatori situati sul territorio della Lombardia (mobilità interregionale attiva) e delle prestazioni usufruite da cittadini lombardi presso erogatori situati nelle altre regioni italiane (mobilità interregionale passiva) avverrà a livello di sistema regionale attraverso la contabilizzazione delle relative movimentazioni sulla gestione accentrata regionale; la misura di tali voci sarà definita nei provvedimenti nazionali di riparto delle risorse per l'anno 2012; in via previsionale il saldo può essere definito in circa 450 milioni di Euro;

RISORSE PER IL FINANZIAMENTO DEI COSTI STANDARD TERRITORIALI DELLE AZIENDE SANITARIE :

- Per quanto attiene la quota per il finanziamento dei costi standard territoriali fino a 14.439 milioni di euro ripartiti fra le Aziende Sanitarie, tenendo conto dei livelli diretti di spesa e di quelli di competenza degli erogatori e della necessità di garantire l'equilibrio economico di sistema per l'esercizio 2012, in relazione ai 3 livelli essenziali di assistenza precisando che tale importo è comprensivo anche delle voci relative a :
 1. Macroarea delle prestazioni di ricovero, di specialistica ambulatoriale, prestazioni extrabudget e attività subacute per un totale di 7.487 milioni di euro ; il valore dei ricoveri e della specialistica tengono conto delle macroattività di cui alla DGR n. 1479/2011 che in via preliminare si quantificano in circa 180 milioni di euro in attesa della validazione dei flussi informativi dell'anno 2011 e dell'attivazione di nuove attività :
 - a. le risorse regionali disponibili per le prestazioni di ricovero, fino a 5.265 milioni di Euro;
 - b. le risorse regionali disponibili per la contrattazione dell'attività ambulatoriale e di diagnostica strumentale, fino a 2.222 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. Le risorse in argomento comprendono le risorse relative alle attività di screening di I e II livello e le attività sub acute per 35 milioni di euro.
 - c. si evidenzia che per le attività extrabudget sia di prestazioni di ricovero che ambulatoriali le risorse comprese nei tetti sopra definiti, per un importo

- complessivo pari a euro 1.414, saranno considerate unitariamente al fine della eventuale applicazione di regressioni tariffarie al superamento del tetto;
2. Macroarea delle prestazioni di assistenza farmaceutica, medicina di base, psichiatria e neuropsichiatria infantile per un totale di 4.070 milioni di euro :
 - a. Per il 2012 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 2.740 milioni di Euro.
 - b. Attività per il presidio delle funzioni di medicina territoriale di base da parte delle ASL fino a 900 milioni di euro;
 - c. Prestazioni per l'assistenza psichiatrica e di neuropsichiatria infantile comprese la continuazione delle progettualità avviate fino a 430 milioni di euro;
 3. 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;
 4. Macroarea delle risorse per piani regionali, governo clinico, progetti di interesse nazionale e percorsi formativi per un totale di 326 milioni di euro :
 - a. concorso regionale ai progetti sperimentali, alla ricerca, ECM, formazione e ai progetti ospedale/territorio, anche con il coinvolgimento degli operatori del sistema fino a 100 milioni di euro;
 - b. fino a 226 milioni di Euro da destinare a progetti obiettivo di interesse nazionale e regionale, in relazione al contenuto del Patto della Salute tra Stato e Regioni;
 5. Macroarea delle risorse per l'attuazione degli obiettivi di PSSR, l'implementazione dei percorsi ospedale territorio, per l'assistenza a favore dei dimessi dagli ex OP e per la valorizzazione delle prestazioni sanitarie rese dalle aziende sanitarie pubbliche per un totale di 650 milioni di euro :
 - a. per dare attuazione agli obiettivi PSSR e l'implementazione dei percorsi ospedale territorio fino a 420 milioni di euro;
 - b. fino a 80 milioni di Euro per la remunerazione delle prestazioni sanitarie a favore dei dimessi dagli ex OP;
 - c. concorso regionale alla valorizzazione delle prestazioni sanitarie rese dalle aziende sanitarie pubbliche ai sensi della DGR n. 7856 del 30 luglio 2008, fino a 150 milioni di euro

6. Macroarea delle attività istituzionali delle ASL (Dipartimenti Veterinari, Prevenzione, Pac, Assi e altre attività territoriali) per un totale di 1.083 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. 224 milioni di euro per le spese di funzionamento, le attività di emergenza urgenza/118 di competenza dell'AREU, il soccorso alpino, le funzioni connesse alle attività del CRCC e al trasporto organi oltre all'attivazione del Piano di riordino delle reti di emergenza così come espressamente previsto dalla DGR IX/1964 del 6 luglio 2011;
9. fino a 40 milioni di euro per le attività connesse alla medicina penitenziaria trasferita al Servizio Sanitario Regionale ai sensi della normativa nazionale;

Per quanto riguarda le risorse umane per l'anno 2012 verrà assegnato ad ogni singola Azienda pubblica un budget complessivo riferito alle seguenti voci di costo: personale dipendente con contratto di lavoro a tempo indeterminato e determinato, co.co.co., incarichi libero professionali e di consulenza. Le Aziende sono tenute ad attenersi al rispetto delle risorse assegnate in sede di budget, che rappresentano un limite invalicabile per il governo delle risorse umane.

Unica eccezione a quanto sopra potrà essere rappresentata da ulteriori assunzioni di personale dipendente con contratto di lavoro a tempo indeterminato e determinato nei casi di rischio di interruzione di pubblico servizio debitamente certificato, e sempre nel rispetto dell'equilibrio economico complessivo aziendale.

Anche al fine di dare attuazione alle indicazioni del Comitato LEA le Aziende Sanitarie nel corso del 2012 dovranno procedere ad adottare misure per:

1. riduzione delle Strutture Semplici a valenza Dipartimentale;
2. riduzione delle Struttura Semplici e Complesse pari al 10% rispetto al numero di Struttura attivate al 31 dicembre 2011, secondo le indicazioni emanate dal Comitato LEA, contenute nella Relazione Finale del 04.08.2011 elaborata dal "Sottogruppo di lavoro per la fissazione dei parametri standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse del SSN ex art.12, comma 1, lett. b), Patto per la Salute 2010-2012".
3. valorizzazione, nell'ambito della autonomia organizzativa aziendale, degli incarichi dirigenziali di natura professionale, come previsto dalle disposizioni contrattuali vigenti;
4. Valutazione della possibilità di istituire, in relazione a particolari complessità delle Aziende Sanitarie, Unità Operative Complesse delle professioni sanitarie, senza oneri aggiuntivi, nel rispetto dei vigenti Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro e del vincolo di riduzione previsto al precedente punto 3;

Per quanto riguarda le strutture aziendali preposte all'erogazione di prestazioni sanitarie, le eventuali modifiche organizzative proposte dalle aziende dovranno originare strutture accreditabili nel rispetto delle vigenti disposizioni regionali in materia. Tali proposte dovranno comunque essere preventivamente verificate dalla strutture dell'Assessorato alla Sanità competenti in materia di accreditamento e personale.

Il finanziamento di parte corrente 2012 sarà assegnato ad ogni singola Azienda Sanitaria lombarda con atto del Direttore Generale Sanità, sentiti il Direttore Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale (per le sole ASL) e il Direttore Centrale Programmazione Integrata, tenuto fermo, per tutte le Aziende, l'obiettivo dell'equilibrio economico finanziario sulla base delle risorse assegnate dalla Regione e delle altre entrate aziendali.

In relazione ai vincoli 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 2011.

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

Costi del personale dipendente

Le Aziende dovranno perseguire politiche di contenimento e razionalizzazione dei costi del personale, nel rispetto dei vincoli derivanti dalle normative nazionali e regionali in materia.

Si richiama il rispetto di quanto previsto dal D.lgs 78/2010 convertito in L. 122/2010, con particolare riferimento a quanto disposto dall'art. 9 in relazione al contenimento delle spese in materia di pubblico impiego.

Nell'applicazione della normativa sopra richiamata le Aziende dovranno tener conto dei documenti approvati in Conferenza delle Regioni il 10.2.2011 e il 13.10.2011, fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico complessivo aziendale.

Le aziende in considerazione delle disposizioni di cui all'art. 9 comma 17 del D.L. n.78/2010 convertito in L. 122/2010 dovranno prevedere, anche per l'anno 2012, 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.

Al fine di assicurare il consolidamento delle misure di razionalizzazione dei costi degli apparati amministrativi e il contenimento delle spese in materia di pubblico impiego previste dalla L. 122/2010 e dal D.L. 98 del 6 luglio 2011 si precisa che le Aziende, anche per l'anno 2012, dovranno in sede di approvazione del bilancio preventivo 2012, approvare un piano di razionalizzazione della spesa corrente, validato dal Collegio Sindacale, nel quale siano indicate le azioni necessarie per garantire l'obiettivo di risparmio.

Indicazioni specifiche per le Aziende del Sistema sanitario regionale

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 Finanziamento di costi standard territoriali che consente alle ASL di migliorare l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza sul proprio territorio e quindi su tutto il territorio regionale.

L'obiettivo economico delle Aziende Sanitarie Locali consiste nel mantenimento/miglioramento dell'equilibrio economico finanziario basato su un coerente rapporto tra gli effettivi ricavi e i costi aziendali, con particolare attenzione ai costi dei fattori produttivi a gestione diretta aziendale.

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.

Per rispettare la coerenza e la competenza dei costi delle ASL si richiamano integralmente gli indirizzi contenuti nella DGR n. 937/2010.

Anche per il 2012 le ASL saranno misurate 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 Aziende Ospedaliere e delle Fondazioni consiste nel mantenimento/miglioramento dell'equilibrio economico finanziario basato su un coerente rapporto tra gli effettivi ricavi della produzione e i costi dei fattori produttivi aziendali.

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.

Lo sviluppo dei costi, 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, è 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 che verranno determinati con decreto della Direzione Generale Sanità.

Azienda Regionale Emergenza Urgenza

Per la regolazione dei rapporti tra AREU e le Aziende sanitarie facenti parte del Sistema emergenza urgenza si richiamano integralmente le disposizioni contenute nella richiamata DGR n. 937/2010.

Fabbisogni di personale e piani di assunzione

Nell'anno 2012 dovranno essere rideterminati i fabbisogni di personale per il triennio 2012-2014 che non possono essere previsti in aumento rispetto al triennio precedente e dovranno essere approvati i Piani di Assunzione per la copertura dei posti a tempo indeterminato relativi all'anno 2012; a tale proposito si proseguirà nell'applicazione della metodologia già utilizzata nell'ultimo triennio. Prima di procedere ad assunzioni a tempo indeterminato nell'ambito dei Piani di

Assunzione 2012 dovrà essere formalmente dimostrato il completamento del Piano assunzioni 2011.

Con riferimento alle Aziende Ospedaliere - Poli Universitari si conferma che le stesse potranno coprire i contingenti autorizzati nel Piano di assunzione anche con personale convenzionato universitario, che va computato all'interno dei fabbisogni complessivi triennali di personale autorizzati dalla Giunta Regionale.

Si richiama inoltre il rispetto delle seguenti disposizioni: art. 19 (Incarichi di funzioni dirigenziali) del D.lgs. 165/2001 come modificato dall'art. 40 D.lgs. 150/2009 e art. 30 (Passaggio diretto di personale tra amministrazioni diverse) comma 2-bis del D.lgs. 165/2001 come modificato dal D.L. 138/2011 convertito in L. 148/2011.

Anche per il 2012 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 (il cui costo è comunque compreso nel limite del budget complessivo assegnato per il personale).

Si richiama al rispetto delle disposizioni di cui all'art. 9 comma 28 del D.L. 78/2010 convertito in L. 122/2010, in particolare per quanto riguarda l'obbligo di riduzione del 50% rispetto alla spesa sostenuta nel 2009 della spesa relativa alle forme contrattuali a tempo determinato ed a tutti i contratti atipici, confermando le eccezioni già previste nelle D.G.R. 1151/2010 allegato C e D.G.R. 2057/2011, per le quali è comunque necessario il parere del Collegio Sindacale.

Le assunzioni di personale con contratto a tempo determinato per l'anno 2012, effettuate nelle more dell'espletamento delle procedure concorsuali e per la sostituzione del personale assente a vario titolo, non dovranno essere superiori ai contingenti ed ai relativi costi sostenuti per l'anno 2011 diminuiti del 10%.

Per quanto riguarda tutte le altre tipologie di contratti atipici (co.co.co, incarichi libero professionali e di consulenza), la relativa spesa per l'anno 2012 non potrà superare quella sostenuta nell'anno 2011 diminuita del 10%.

Si ribadisce inoltre quanto disposto nell'allegato C alla D.G.R. 1151/2010 relativamente alle consulenze sanitarie e amministrativo-tecnico-professionali e si confermano le eccezioni ivi previste.

In relazione allo 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.

ARPA

Si richiamano integralmente le disposizioni contenute nella richiamata DGR n. 937/2010.

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 2012 e le conseguenti previsioni economiche per la redazione del bilancio preventivo delle singole ASL, AO e Fondazioni IRCCS, nel rispetto degli indirizzi del presente atto, saranno declinate nei successivi atti della Direzione Generale Sanità e dove siano operative attività sinergiche convergenti o sequenziali di processo della Direzione Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale per quanto di competenza, secondo le deleghe specifiche.

In relazione alla garanzia di mantenimento dell'equilibrio economico finanziario del Sistema Sanitario Regionale si richiama quanto definito da ultimo nella DGR n.937 /2010.

Per quanto riguarda i contributi in conto esercizio vincolati e non, da FSR e extra FSR assegnati da Regione, come ad esempio i progetti sperimentali, si precisa che, anche in relazione all'applicazione del DLgs n. 118/2011, i singoli provvedimenti conterranno l'evidenziazione delle modalità di contabilizzazione di tali poste.

E' utile precisare che, in relazione ai contributi assegnati da Altri Enti Pubblici, da Privati e da ASL/AO/IRCCS della regione, tali contributi dovranno essere contabilizzati secondo natura e nel pieno rispetto della competenza economica.

Tutti i contributi dovranno essere documentati con i relativi provvedimenti formali di assegnazione.

In relazione ai canoni di disponibilità e servizi dei nuovi ospedali attivati nel 2010, si precisa che, a partire dall'anno 2012, eventuali oneri derivanti dall'aggiornamento dei canoni previsti dal contratto di concessione, anche in relazione a revisioni dei servizi inclusi, dovranno essere garantiti all'interno dell'equilibrio aziendale prioritariamente attraverso azioni strutturali di contenimento dei costi.

Nei bilanci preventivi e in occasione delle certificazioni trimestrali 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 DGR 30 luglio 2008, n. 7856.

Al fine di consentire una più coerente programmazione delle attività aziendali e dare maggiore certezza delle risorse disponibili, per l'anno 2012 i decreti di assegnazione alle Aziende Ospedaliere e Fondazioni, assunti dalla Direzione Generale Sanità prima della redazione dei Bilanci preventivi 2012, definiranno valori per le prestazioni sanitarie che saranno recepiti nei relativi contratti di attività da sottoscrivere con le ASL, secondo le regole descritte nei vari allegati del presente provvedimento.

Le ASL pertanto saranno tenute a fornire la validazione di cui sopra in relazione ai dati contenuti nei predetti atti che saranno notificati anche alle stesse.

In relazione alla necessità di perseguire obiettivi di stabilizzazione e contenimento dei costi di produzione delle Aziende sanitarie pubbliche anche in relazione a quanto sopra definito in relazione ai ricavi per prestazioni sanitarie, alle Aziende sanitarie saranno forniti puntuali limiti di costo invalicabili per i principali fattori produttivi (personale, beni e servizi, altri oneri).

Pertanto nei decreti di assegnazione delle risorse per l'anno 2012 saranno esplicitati i valori per le varie tipologie di spesa che dovranno essere pienamente rispettati nelle allocazioni di bilancio

e dovranno essere considerati vincoli gestionali, al fine del mantenimento dell'equilibrio aziendale e di sistema; come tali saranno oggetto di puntuale monitoraggio in corso d'anno.

In linea generale non saranno consentiti travasi di risorse tra le varie voci salvo esplicita autorizzazione, tramite apposito decreto della Direzione Generale Sanità.

In ordine a tale esigenza si precisa che, esclusivamente per il IV trimestre 2011, la scadenza della rendicontazione (CET) viene anticipata al 10 gennaio 2012.

Con particolare riferimento alle voci di spesa dei beni e servizi si precisa che, anche in relazione alle recenti normative in materia di dispositivi medici, nella determinazione dei limiti di costo per beni e servizi saranno considerate riduzioni specifiche per le voci relative ai dispositivi medici pari al 5% rispetto all'anno 2011, secondo le modalità che verranno esplicitate nei decreti di assegnazione. Tali riduzioni di costo saranno opportunamente monitorate attraverso i flussi informativi in essere dell'Osservatorio Acquisti.

Ai sensi della normativa vigente il bilancio preventivo deve garantire l'equilibrio economico finanziario. Il Bilancio preventivo 2012, esecutivo, diviene l'obiettivo aziendale da perseguire sia in termini di risultato economico sia di vincoli di costo come sopra definiti..

Per le aziende interessate dall'applicazione della L.R n. 7/2010 si conferma quanto previsto dalla DGR n. 2057/2011 che fissa nel limite di 240 milioni di euro il monte risorse complessivo da destinare all'applicazione della suddetta norma. In relazione alle risorse complessive viene stabilita la separazione tra le risorse da destinare alle strutture del comparto pubblico e quelle da destinare alle strutture del comparto privato. A tal fine la Direzione Generale Sanità procederà sulla base dei dati 2011 a ripartire tali risorse.

I Bilanci preventivi economici anno 2012 dovranno essere approvati, in relazione ai contenuti del presente atto e delle linee di indirizzo operative conseguenti nonché degli obiettivi economici assegnati, **entro il 6 febbraio 2012**.

A partire dai Bilanci preventivi 2012 sarà attivato in via definitiva l'invio attraverso la piattaforma SAS di cui al progetto SCRIBA (Sistema di Controllo Regionale Integrato dei Bilanci Aziendali). Con successive linee guida saranno fornite le conseguenti indicazioni operative.

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.

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 2012, 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 2012.

Gestione finanziaria delle Aziende Sanitarie lombarde :

Si richiamano integralmente le disposizioni contenute nella richiamata DGR n. 937/2010.

Si ribadisce che 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, per gli erogatori interessati, delle maggiorazioni tariffarie previste dalla LR n. 7 /2010 determinato in un'entità pari all'85% del 2011 in attesa delle determinazioni di legge per il 2012.

Relativamente ai tempi di pagamento si richiama l'attenzione dei Direttori Generali alla puntuale applicazione di quanto previsto dall'art. 9 ter della legge regionale 31 marzo 1978, n. 34 (Norme sulle procedure della programmazione, sul bilancio e sulla contabilità della Regione) - Collegato 2011" che stabilisce che: *“al fine di garantire la tempestività dei pagamenti nelle transazioni commerciali le aziende sanitarie assicurano, entro e non oltre il 31 dicembre 2011, che il pagamento a titolo di corrispettivo in transazioni commerciali aventi ad oggetto forniture di merci o prestazioni di servizi da parte di soggetti pubblici o privati sia effettuato entro sessanta giorni dal ricevimento della fattura, nel rispetto della normativa sul patto di stabilità interno. Restano salvi i termini diversi previsti dai contratti già stipulati alla data di entrata in vigore della presente legge”*.

Con riferimento agli erogatori sanitari privati si richiama l'attenzione sul rispetto del punto 6 della DGR n. 2132 del 4.8.2010.

Certificabilità dei Bilanci delle Aziende Sanitarie

In relazione a quanto definito in materia nel Patto sulla Salute del 3 dicembre 2009 all'articolo 11 sono in corso di emanazione ulteriori decreti ministeriali applicativi. In relazione a tali atti la Regione impegnerà le Aziende nel percorso idoneo a pervenire alla piena certificabilità dei Bilanci delle aziende stesse e del Sistema Sanitario della Regione nel suo complesso.

Attuazione D.Lgs 118/2011.

In attuazione del D.Lgs n. 118/2011 recante norme sull'armonizzazione dei bilanci degli enti e aziende pubbliche è necessario precisare che con successive linee guida saranno recepite le indicazioni per le nuove procedure amministrativo-contabili relative al comparto sanità.

Flussi informativi del personale

Si confermano le disposizioni di cui alla D.G.R. IX/937 del 01/12/2010, sottolineando che le Aziende devono porre maggiore attenzione alla corretta compilazione di tutti i campi (in particolare quelli riguardanti la data di decorrenza profilo, le ore lavorate, i giorni retribuiti, la data

di cessazione e le ore di formazione) ed a tale scopo sono stati implementati i controlli nella fase di acquisizione dei flussi. Tale attività rappresenta obiettivo specifico per le Direzioni Aziendali. 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

Indicatori di Bilancio

Il set di indicatori definito a partire dall'anno 2011 costituirà la base di partenza per la definizione delle linee strategiche aziendali. I Direttori Generali delle Aziende Sanitarie dovranno allegare al Bilancio preventivo 2012 una specifica relazione sugli andamenti degli indicatori specificando le linee di azione aziendale al fine di mantenere e migliorare l'andamento degli indicatori,

Limite degli investimenti autofinanziati

Si richiamano integralmente le disposizioni contenute nella richiamata DGR n. 937/2010.

Regole di ammortamento

Si richiamano integralmente le disposizioni contenute nella richiamata DGR n. 937/2010.

Certificazioni Trimestrali

Si richiamano integralmente le disposizioni contenute nella richiamata DGR n. 937/2010.

Altre disposizioni e indirizzi di sistema

Personale: si richiama, per il Personale del Comparto e delle Dirigenze, il rispetto delle disposizioni definite nei CCNL di riferimento in materia di orario di lavoro.

Si invitano le aziende ad un governo responsabile dell'istituto delle ferie. In particolare si ricorda che, in caso di indifferibili esigenze di servizio che non abbiano reso possibile il godimento delle ferie nel corso dell'anno, le stesse dovranno essere fruite entro il primo semestre dell'anno successivo, mentre in caso di motivate esigenze di carattere personale e, compatibilmente con le esigenze di servizio, il dipendente dovrà fruire delle ferie residue al 31 dicembre entro il mese di aprile dell'anno successivo a quello di spettanza. Eventuali deroghe potranno essere effettuate unicamente in caso di rischio di interruzione di pubblico servizio nel rispetto del termine previsto dall'art.10 del D.Lgs. 66/2003.

Si precisa, inoltre, che le ferie non possono essere monetizzate nel corso del rapporto di lavoro e che alla cessazione dello stesso il pagamento delle ferie non fruite per esigenze di servizio è da considerarsi un'eccezione e pertanto le aziende dovranno limitare al massimo i relativi costi.

Si confermano la necessità di prevedere adeguati sistemi automatizzati per la rilevazione delle presenze del personale in servizio, anche con riferimento alla Direzione Strategica Aziendale e le indicazioni regionali già fornite in attuazione della legge n. 122/2010 con circolari prot. n.

H1.2011.0002825 del 28 gennaio 2011 e prot. n. H1.2011.0012013 del 18 aprile 2011 relative alle spese per missioni ed autovetture.

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 2011, ivi comprese le linee di indirizzo del comparto della Riabilitazione e si dà mandato alla Direzione Generale Sanità e alla Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale di promuovere, nell'osservanza delle rispettive deleghe e delle conseguenti rispettive matrici di responsabilità e di finanziamento, 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 sarà considerato, ai fini della confermabilità dell'incarico del Direttore Generale di ASL, Aziende Ospedaliere e Fondazioni IRCCS nelle modalità previste dal contratto sottoscritto, il mancato rispetto dei contenuti e della tempistica dei flussi informativi ricompresi nell'NSIS.

Livelli essenziali aggiuntivi

Con la D.G.R. n. VII/7328 del 11/12/2001 e la DGR n. VII/13915 del 01/08/2003 in materia di assistenza farmaceutica, con la D.G.R .n. 3111 del 01/08/2006 in materia di assistenza specialistica e con la D.G.R. n. 68804 del 24/05/1995 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 DGR n. 937/2010 le prestazioni erogate sono puntualmente verificate attraverso i flussi informativi in essere e le risorse ad essi destinate, che sono stimabili per il 2012 in circa 21 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

In relazione alle procedure di riscossione dei ticket per le prestazioni sanitarie previsti dalla normativa vigente si fa obbligo ai Direttori Generali di rendere operativo il sistema di pagamento anticipato semplificando le procedure amministrative ai cittadini.

Al fine di garantire la effettiva riscossione dei ticket relativi alle prestazioni eseguite e non ritirate oltre che delle prestazioni eseguite in regime di Pronto soccorso (codici bianchi) si fa obbligo ai Direttori Generali della stipula di accordi con la società Equitalia.

Risk Management/Patient Safety

L'obiettivo strategico a livello regionale delle attività di risk management per l'anno 2012 è quello di integrare i percorsi sviluppati a partire dalla circolare n. 46/SAN del dicembre 2004 per arrivare a gestire in modo proattivo le prestazioni clinico assistenziali con il fine di ridurre il rischio ed aumentare la sicurezza del paziente.

Tale processo è anche alla base del progetto regionale per la copertura assicurativa RCT/O che prevederà un giusto mix tra auto ritenzione e trasferimento del rischio.

A livello organizzativo le politiche di risk management sono state definite oltre che con la circolare 46/SAN del dicembre 2004 con la DGR n. 7289 del 19.05.2008 che ha formalizzato l'istituzione della funzione di Risk Management in tutte le aziende sanitarie lombarde. Dal 2010 è stata introdotta la figura del Mediatore di conflitti che nel 2011 è stata estesa alle aziende sanitarie locali.

Dall'anno 2011 è stato implementato un sistema di indicatori per il governo del rischio nelle aziende ospedaliere e fondazioni con indici per Area Clinica rapportati alla media regionale e sviluppato un sistema di reporting sugli Eventi Avversi/Sinistri maggiormente rilevanti.

Si richiede alle aziende ospedaliere ed alle aziende sanitarie locali di elaborare una strategia declinata in un piano a livello aziendale per il 2012 che tenga conto di tutti gli aspetti sopra elencati: con un'organizzazione che preveda ed integri tutte le figure e si basi sui dati oggettivi degli indicatori di rischio e degli eventi avversi più rilevanti andando ad implementare azioni che vadano a ridurre il rischio in queste aree.

Le linee strategiche in ambito di gestione del rischio, si articolano per l'anno 2012 nel piano di azioni di seguito delineato:

- Attivazione nell'anno 2012 del progetto assicurativo regionale che con il supporto della Centrale Regionale Acquisti, fornirà alle aziende specifici indirizzi in merito al giusto livello di trasferimento al mercato del rischio e di quello da gestire in proprio. Progetto che ha come obiettivo primario il contenimento della dinamica attuale dei costi assicurativi e vuole incentivare e responsabilizzare le risorse aziendali nella gestione di una parte di contenzioso per le quali sarà fondamentale l'azione di risk management atta a comprimere la parte di rischio e sinistri prevenibili.
- Realizzazione di progetti operativi per l'anno 2012 in coerenza con la strategia aziendale e tenuto conto della particolare sinistrosità di ogni singola azienda, con esplicito riferimento agli obiettivi internazionali WHO per la sicurezza del paziente, nonché delle **Raccomandazioni Ministeriali** in materia di rischio clinico.
- 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.
- Segnalazione degli Eventi Sentinella 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).
- ❑ Promozione dei processi di ascolto/mediazione all'interno dell'Azienda e attivazione di scambi interaziendali fra mediatori per l'operatività delle équipe di mediatori, dando applicazione agli indirizzi operativi regionali.
- ❑ Raccolta, a cadenza semestrale, dei dati sugli eventi avversi, sinistri più significativi e verificatisi nel periodo di riferimento con gli interventi/azioni di miglioramento previste. 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.
- ❑ 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

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

Controllo di gestione e valutazione

Per quanto riguarda il controllo di gestione verrà proseguito il lavoro, già avviato nel 2011, di allineamento delle linee guida di contabilità analitica con le rilevazioni richieste per la compilazione LA.

In questo ambito verrà finalizzato il lavoro sulle nuove linee guida per la contabilità analitica nelle aziende ospedaliere che sarà coerente all'evoluzione strutturale ed organizzativa delle aziende e funzionale alla compilazione del LA ministeriale.

In coerenza con quanto previsto dal D.lgs. 150 del 2009, si confermano il superamento nei sistemi di valutazione del personale del comparto e della dirigenza di criteri basati su automatismi nella distribuzione delle risorse, e la previsione di criteri e modalità specifiche volte alla concreta verifica del raggiungimento degli obiettivi aziendali.

Per quanto riguarda il meccanismo di erogazione di quote di incentivazione a titolo di acconto al personale del comparto e delle dirigenze, che dovrà comunque essere superato entro la fine del 2012, si ribadisce che le quote di acconto non possono essere superiori al 50% delle risorse complessive, e che possono essere erogate solamente previa valutazione dello stato di avanzamento degli obiettivi assegnati; la parte restante potrà essere erogata esclusivamente previa valutazione a consuntivo, in relazione al raggiungimento dei risultati, ferme restando eventuali diverse disposizioni derivanti dalla applicazione del D.lgs. n.150/2009.

Per quanto riguarda la valutazione dei Direttori Generali riferita al 2012, si conferma l'impostazione utilizzata nell'anno 2011, in base alla quale gli obiettivi di sviluppo devono 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 Regionale di cui all'art.30 della legge regionale n.20 del 7.7.2008 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.

Si ricorda la necessità di stesura del Piano della performance nelle Aziende Sanitarie Pubbliche al fine di presidiare il livello di coerenza tra programmazione regionale ed aziendale con gli obiettivi operativi delle singole strutture.

Il Piano della Performance dovrà essere redatto sulla base delle linee guida prodotte dall'Organismo Indipendente di Valutazione Regionale; i Nuclei di Valutazione devono informare lo stesso sul grado di avanzamento delle attività programmate al fine di consentire un corretto apprezzamento e valutazione della Performance Organizzativa dell'Azienda.

N.O.C.C. (Nucleo Operativo di Controllo Contabile)

L'attività del Nucleo Operativo di Controllo Contabile prevede nel 2012 oltre all'azione negli ambiti contabili decisi per singola azienda delle uscite che avranno come obiettivo la ricognizione delle procedure amministrativo contabili all'interno del percorso di Certificabilità dei Bilanci delle Aziende Sanitarie.

Allegato 3

Gli acquisti delle Aziende Sanitarie: linee di indirizzo

PREMESSA

Regione Lombardia ha negli ultimi anni sviluppato interventi di “rete” in grado di supportare la funzione acquisti delle Aziende sanitarie al fine di costruire un corretto rapporto tra costi e servizi erogati.

Con la Delibera 2057/2011 si è stabilito che le Aziende sanitarie hanno l’obbligo di adesione ai contratti/convenzioni attivati a livello regionale dalla Centrale Regionale Acquisti. Le Aziende sanitarie, pertanto, non potranno attivare procedure di acquisto relative a prodotti già oggetto di contratti/convenzioni regionali attive o in corso di attivazione. Per gli acquisti non contemplati nei contratti/convenzioni stipulate da CONSIP e/o da Centrale Regionale Acquisti, le Aziende sanitarie dovranno procedere in via prioritaria attraverso procedure in forma aggregata.

IL SISTEMA DEGLI ACQUISTI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

In attuazione del percorso sopra segnalato le Aziende Sanitarie hanno l’obbligo di aderire alle aggregazioni strategiche della domanda, nel rispetto di quanto disposto dalla normativa vigente e dalle iniziative regionali, con particolare riferimento alla Centrale Regionale Acquisti e ai Consorzi o ad altre unioni formalizzate a livello provinciale e/o di macro aree.

Solo in assenza di specifiche iniziative della Centrale regionale Acquisti e dei Consorzi o di altre unioni formalizzate a livello provinciale e/o di macro aree, le Aziende Sanitarie potranno procedere autonomamente ad acquisti provvedendo, tuttavia, a sviluppare la propria azione di programmazione degli acquisti in maniera coerente con i livelli aggregati.

Pertanto, nel caso residuale dell’attivazione di procedure di acquisto autonome, le Aziende sanitarie sono tenute a dare evidenza delle motivazioni e della verificata impossibilità di ricorrere a forme di acquisto aggregata, dandone informazione alla Direzione Generale Sanità.

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 confermano gli obblighi in carico alle Aziende sanitarie pubbliche già definiti nelle regole per l’anno 2011.

Resta confermata, 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

Si riconfermano le disposizioni già definite nel corso dell'anno 2011.

Per l'anno 2012, la Centrale Acquisti regionale rafforzerà la propria attività in modo da offrire un supporto operativo alle Aziende Sanitarie.

Al fine di garantire alle Aziende Sanitarie opportunità in merito alla massima concorrenza e, nel contempo, sollevare le stesse dagli adempimenti connessi alle procedure di gara classiche, nel corso dell'anno 2012, Centrale Regionale Acquisti potrà in essere una serie di procedure (accordi quadro o altro) per l'acquisizione di prodotti che, a causa della loro specificità, possono, più vantaggiosamente, essere oggetto di procedure regionali.

Entro il mese di Dicembre 2011, la Centrale Regionale degli acquisti fornirà l'elenco delle procedure che saranno esperite nell'anno 2012, con la relativa calendarizzazione, in modo che le Aziende Sanitarie e le aggregazioni previste ai sensi della DGR n. 2057/2011, 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 Dicembre 2011 il Comitato Strategico definirà la programmazione delle attività della Centrale Acquisti per l'anno 2012 tenendo conto delle procedure già espletate.

Si ribadisce che tutte le Aziende sanitarie hanno l'obbligo di adesione ai contratti/convenzioni attivati a livello regionale dalla Centrale Regionale Acquisti e che, nell'ottica di una migliore programmazione degli acquisti, le Aziende sanitarie non potranno, in alcun modo, attivare procedure di acquisto relative a prodotti già oggetto di contratti/convenzioni regionali attive o in corso di attivazione.

A tal fine le Aziende sanitarie sono tenute a individuare nella propria organizzazione e comunicare a Direzione Generale Sanità e CRA un referente funzionalmente dipendente dalla Direzione Generale o dalla Direzione Strategica. La Direzione Aziendale dovrà garantire attraverso il referente per i rapporti con la CRA, di norma lo stesso nominato per l'attuazione delle disposizioni in ordine alle procedure di gara aggregate, le seguenti attività:

- Il raccordo tra le procedure aziendali e quelle di CRA (nel rispetto della richiamata DGR 2057/2011)
- Il rispetto dei tempi e della qualità dei flussi informativi relativi ai fabbisogni informativi di CRA
- Il raccordo tra i flussi informativi e i dati degli osservatori regionali.

ATTUAZIONE DELLE LEGGE REGIONALE 3/8/2011 n. 11

In relazione all'attuazione della LR n. 11/2011 le Aziende sono tenute a seguire le seguenti indicazioni oggetto di raccordo a livello regionale :

Si elencano le tipologie di procedure escluse dall'obbligo di utilizzo della piattaforma SINTEL ai sensi della LR n. 11/2011:

- Procedure di gara riferite a lavori;

- Procedure di gara per appalti misti lavori/servizi;
- Procedure di affidamenti diretti ai sensi art.125 Dlgs n. 163/2006;
- Procedure di concessione di servizi ai sensi art. 30 DLgs n. 163/2006;
- Procedure di vendita e dismissione di beni immobili nell'ambito di accordi di programma e/o altre intese finalizzate alla realizzazione di nuove strutture sanitarie/nuovi servizi autorizzati da Regione Lombardia.
- Procedure di gara in forma aggregata secondo gli indirizzi della presente deliberazione.

Si precisa altresì che sono comunque escluse dall'obbligo di utilizzo della piattaforma SINTEL tutte le procedure di vendita e dismissione di beni immobili e mobili dai quali derivi un'entrata.

In relazione alla necessità di puntuale formazione e addestramento del personale addetto nell'ambito dei competenti uffici delle Aziende sanitarie si prevede che per le restanti procedure di acquisto le Aziende Sanitarie garantiranno l'utilizzo di SINTEL al fine di assicurare a partire dal 1/7/2012 la completa attuazione degli obblighi previsti dalla L.R. 3/8/2011 n. 11.

Pertanto le Aziende sanitarie nel periodo 1/1/2012 – 30/6/2012 saranno tenute a comunicare mensilmente alla Direzione Generale Sanità tutte le procedure (non espressamente rientranti nelle casistiche sopra indicate) non effettuate con la piattaforma SINTEL specificando le motivazioni del mancato ricorso alla stessa.

LISPA e CRA garantiranno lo sviluppo di Sintel al fine di consentire l'adesione di tutte le Aziende sanitarie anche attraverso l'integrazione con i sistemi aziendali in uso al fine di evitare duplicazioni di flussi informativi e snellire le procedure di registrazione dei fornitori, nonché le necessarie attività di supporto formativo tese ad diffondere a tutti i livelli interessati le conoscenze di base del sistema SINTEL.

PROCEDURE IN FORMA AGGREGATA

Nell'attuale contesto normativo di riferimento e per rispondere alle esigenze di una maggiore razionalizzazione, le Aziende Sanitarie hanno l'obbligo di rafforzare l'interazione e l'integrazione tra loro in relazione a tutte le procedure di acquisto di beni e servizi, aderendo ai Consorzi o ad altre unioni formalizzate a livello interprovinciale e/o di macro aree (al massimo 4 a livello regionale) e tenendo conto delle realtà esistenti. Per il monitoraggio e la valutazione degli obiettivi assegnati ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie saranno utilizzati i dati rilevati dall'Osservatorio Acquisti che consentono il monitoraggio di procedure, contratti e convenzioni della maggior parte dei beni e servizi acquistati dalle Aziende sanitarie.

A tal proposito si richiama l'attenzione delle Direzioni Generali in ordine al rispetto dei tempi e della qualità dei relativi flussi informativi, che peraltro costituiscono debito informativo delle Aziende.

Nell'ambito di tali procedure le Aziende sono obbligate a coordinare le proprie attività con CRA che fornirà il necessario supporto alle procedure aggregate al fine di ricercare le migliori performance di acquisto a livello di Sistema sanitario nel suo complesso.

Le Direzioni aziendali comunicheranno alla Direzione Generale Sanità in attuazione della presente deliberazione e della DGR n. 2057/2011 entro il 20 gennaio 2012:

- Il Consorzio o altra unione formalizzata a livello interprovinciale e/o di macro aree (come sopra definite) di cui fa parte l'Azienda;
- Il nominativo del referente aziendale cui spetterà ogni azione volta a garantire l'applicazione delle linee operative di cui il presente allegato, espressamente delegato dal Direttore Generale dell'Azienda, di norma il responsabile degli Acquisti della Azienda stessa ;
- Per ogni Consorzio o altra unione formalizzata a livello interprovinciale e/o di macro aree (come sopra definite), i Direttori Generali delle Aziende sanitarie interessate nomineranno, scelto di norma tra i referenti aziendali di cui sopra, un coordinatore incaricato di promuovere l'azione delle Aziende consorziate.

Il Coordinatore del Consorzio o altra unione formalizzata a livello interprovinciale e/o di macro aree (come sopra definite) procederà previa intesa formalizzata con i referenti delle Aziende aggregate a inviare alla Direzione Generale Sanità entro il 30 gennaio 2012 :

- La programmazione degli acquisti 2012/2013 dell'aggregazione di riferimento e delle singole aziende aggregate;
- Evidenziare le procedure da attuare in forma aggregata nell'ambito della unione di acquisto di riferimento;
- Evidenziare le procedure che non è stato possibile inserire nella programmazione in forma aggregata specificandone le motivazioni; per tali procedure le Aziende, per il tramite dei referenti aziendali, sono, comunque, tenute in via preventiva rispetto all'avvio a verificare con i referenti delle altre unioni di acquisto la possibilità di procedere in aggregazioni ad altre iniziative;
- Progetti di integrazione logistica, unificazione di servizi no core, adozione di sistemi di codifica condivisi tra le Aziende facenti parte delle suddette unioni.

Successivamente alla definizione della programmazione dei Consorzi e delle Unione di acquisto sarà attivato a livello regionale specifico Tavolo di coordinamento e supporto con la partecipazione anche di CRA.

Il rispetto di tale adempimento sarà valutato nell'ambito dell'aspetto fiduciario della carica di Direttore Generale.

RAZIONALIZZAZIONE LOGISTICA

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.

Aziende sanitarie della Città di Milano

Entro il mese di giugno 2012, le Aziende ospedaliere, le Fondazioni IRCCS e la ASL della Città di Milano , predisporranno un progetto di integrazione logistica del farmaco, dei presidi, dei laboratori di analisi, delle attività di sterilizzazione oltre che dei servizi amministrativi e generali aziendali, in conformità alle seguenti funzioni:

- programmazione degli acquisti in funzione dell'integrazione logistica;
- gestione logistica dei magazzini, con processo di concentrazione delle funzioni logistiche;

- implementazione di un sistema informativo di supporto per tutta la rete.
- Integrazione dei servizi amministrativi e generali aziendali.

Le Direzioni Generali delle Aziende sanitarie della città di Milano saranno valutate anche in funzione della predisposizione di detto progetto.

Aziende sanitarie delle altre province della Regione Lombardia

Entro il mese di giugno 2012 le Direzioni Generali aziendali anche nell'ambito dei Consorzi e delle Unioni di acquisto formalizzate promuoveranno la definizione di progetti esecutivi interaziendali relativi alla logistica ospedaliera del farmaco, dei presidi e delle attività di sterilizzazione, dei laboratori di analisi nonché dei servizi amministrativi e generali.

Anche in previsione delle modifiche normative previste per il 2013, le Aziende determineranno la rilevazione del costo-standard delle attività amministrative generali su base numerica (n° addetti su totale dipendenti) di costo (costo attività/totale costo) e sul valore economico (costo attività/totale ricavi diretti).

Le Direzioni generali delle Aziende sanitarie saranno valutate anche in funzione della dell'effettiva fattibilità di detti progetti.

SISTEMA REGIONALE DEGLI OSSERVATORI

Flusso Consumi Dispositivi Medici

Nel corso dello scorso anno il flusso è stato esteso affinché potesse essere in linea con gli obiettivi imposti dal D.M. 11 giugno 2010 che vedono il flusso come principale strumento di monitoraggio dei costi dei Dispositivi medici. L'introduzione del regime sanzionatorio richiede particolare attenzione nella trattazione dei dati sia dal punto di vista formale sia, evidentemente, per ciò che concerne gli aspetti di costo.

In affiancamento agli strumenti di analisi del Ministero, durante l'anno verrà messo a disposizione un sistema regionale per il monitoraggio dei costi registrati con tale flusso che sarà di supporto alle aziende per l'individuazione delle aree di miglioramento. Alle aziende sarà richiesto di compiere tutti gli sforzi necessari per:

- determinare correttamente il costo del dispositivo medico utilizzando le linee guida e gli strumenti tecnologici dell'Osservatorio Acquisti;
- raggiungere obiettivi di contenimento della spesa in linea con i migliori risultati di costo ottenuti.

Nel corso dell'anno potranno essere identificati gruppi di dispositivi medici sui quali saranno condotte analisi particolarmente approfondite e sui cui le aziende saranno tenute a fare verifiche puntuali.

Osservatorio Acquisti

Si rammenta l'importanza dello strumento come elemento base per la corretta determinazione del costo dei dispositivi medici. E' di primaria importanza che l'interessa delle procedure di gara e

dei contratti stipulati vengano correttamente censiti con particolare attenzione a quelli che contengono dispositivi medici acquisiti a qualunque titolo.

Alle aziende che ancora non sono riuscite ad intervenire sarà richiesto di mettere a punto processi e procedure, coordinati dal Responsabile degli acquisti, che agevolino il dialogo tra **farmacia, ingegneria clinica, provveditorato, controllo di gestione e sistemi informativi** affinché sia possibile, fin dal momento della rilevazione del bisogno, identificare gli elementi necessari per l'ottenimento di un costo confrontabile.

Si richiama l'attenzione sul fatto che questi aspetti risultano determinanti per la valutazione dell'operato della regione a livello centrale e conseguentemente per la valutazione delle aziende sanitarie all'interno della regione.

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. Il manuale operativo dell'osservatorio verrà esteso ed aggiornato per garantire un ancor maggiore livello di omogeneità nella raccolta delle informazioni.

Le aziende saranno tenute alla redazione di un breve studio che spieghi le performance ottenute e, più in particolare, l'individuazione delle cause che hanno condotto ai risultati (positivi o negativi). Sarà altresì necessario che coloro che avessero fatto registrare risultati di bassa virtuosità identifichino chiaramente una linea di azione strategica per l'anno a venire di cui sarà necessario verificare la qualità a consuntivo.

SISTEMI DI VERIFICA E DI MONITORAGGIO

Anche per il 2012 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 chiesta una Relazione di Valutazione Semestrale.

FORMAZIONE DEGLI OPERATORI DELLA FUNZIONE ACQUISTI

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 Direttori Generali, comunque, sono tenuti a garantire percorsi di formazione per gli operatori della funzione acquisti, che Direzione Generale Sanità ritiene strategica per il sistema.

SPERIMENTAZIONE MOBILITA' SOSTENIBILE

Nel corso del 2012 è previsto l'avvio per le Aziende Sanitarie pubbliche di una sperimentazione che, nell'ambito della mobilità sostenibile, potrà contribuire a diminuire gli inquinanti derivanti dall'utilizzo delle automobili di servizio. L'avvio e le modalità della sperimentazione saranno meglio disciplinate con successivo provvedimento prevedendo, comunque, che gli oneri saranno

direttamente correlati all'effettivo utilizzo e la fruizione degli autoveicoli potrà essere estesa anche ai dipendenti ed, eventualmente, al pubblico a fronte dell'accollo dei relativi costi.

Allegato 4

Prevenzione Medica e Veterinaria

Le azioni di prevenzione programmate discendono in una logica di sistema dal Programma Regionale di Sviluppo, dai contenuti del PSSR, dal Piano regionale della Prevenzione e dall'emanando Piano regionale della Prevenzione veterinaria.

Prevenzione e tutela sanitaria

Nel corso del 2010 e 2011 sono stati adottati 3 atti programmatici e di indirizzo nel campo della Prevenzione che costituiscono il riferimento per le azioni in capo alle ASL:

- il Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012 (PRP) – DGR n. IX/1175 del 29.12.2010
- il Piano Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro 2011-2013 – DGR n. IX/1821 del 8.6.2011
- l'intesa del 14 luglio 2011, tra Regione Lombardia e Ufficio Scolastico Regionale, per la “Rete Lombarda delle scuole che promuovono salute”.

Il PRP delinea gli obiettivi prioritari individuando

- azioni per il mantenimento dei risultati già raggiunti con attenzione alla promozione di stili di vita e ambienti favorevoli alla salute, alla prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro, alla sicurezza alimentare, alla prevenzione e controllo delle malattie infettive, compresi gli interventi vaccinali.
- valorizzazione della responsabilità del singolo e delle scelte individuali,
- attenzione e sensibilità alle disuguaglianze rispetto alla domanda di salute,
- offerta di qualità che pone la persona al centro dei percorsi di diagnosi precoce, cura e riabilitazione.

Il Piano Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro 2011-2013 in linea con le strategie comunitarie e nazionali, definisce le azioni per perseguire gli obiettivi di riduzione degli infortuni mortali e con esiti invalidanti, e di contenimento delle malattie professionali.

L'intesa 14 luglio 2011, tra Regione Lombardia e Ufficio Scolastico Regionale per la “Rete Lombarda delle scuole che promuovono salute” che ha visto la partecipazione di cinque Direzioni regionali, delinea concordemente con la scuola il percorso per la definizione del *profilo di salute* delle scuole e la relativa individuazione di indicatori, coerenti con le specifiche priorità, per il riconoscimento di “Scuola che promuove salute” secondo la logica del network europeo School for health.

Si sottolinea che in tale quadro la programmazione e declinazione delle azioni in interventi, iniziative, attività deve avvenire da parte delle ASL utilizzando la metodologia avviata negli anni precedenti, basata **sull'integrazione e la trasversalità degli interventi**, con una visione delle

attività orientata a criteri di **efficacia** e di **sostenibilità**, con particolare riferimento all'utilizzo **efficiente** delle risorse.

Le attività di cui sopra saranno parte integrante del Documento di Programmazione aziendale.

Come negli anni precedenti, ciascuna ASL redigerà un report complessivo rivolto ai cittadini, contenente le principali attività di prevenzione attuate nel 2011, con evidenza dei risultati raggiunti anche in termini di guadagno di salute.

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). Ciascuna ASL – Dipartimento di Prevenzione Medico, definirà progetti di incremento delle attività di controllo programmate e di interventi finalizzati alla complessiva prevenzione, tutela della salute e sicurezza dei cittadini, utilizzando i proventi derivanti dall'attività di controllo secondo le modalità indicate nella nota prot. H1.2011.0028112 del 26.9.2011.

Obiettivi dei Dipartimenti di Prevenzione Medici

1		
Promozione di stili di vita e ambienti favorevoli alla salute		
	DESCRIZIONE	INDICATORE
1.1	Attività di programmazione: “Il piano integrato locale degli interventi di promozione della salute” , parte integrante del Documento di Programmazione e coordinamento dei servizi sanitari e sociosanitari, dovrà contenere: <ul style="list-style-type: none"> - obiettivi di salute individuati sulla base dei dati di contesto del territorio di riferimento, - scala di priorità - azioni (sostenute da prove di efficacia e/o “buone pratiche”), sostenibili, integrate, intersettoriali - indicatori di risultato misurabili anche in termini di guadagno di salute atteso. 	Presenza del Piano integrato locale di tutti gli interventi di promozione della salute, con evidenza della “rete” locale dei soggetti coinvolti anche nell’ambito della comunità
		Rendicontazione annuale degli interventi mediante specifico data base BDPROSALUTE.
1.2	Attuazione di interventi per la promozione di stili di vita al fine	Azioni di sostegno all’iniziativa di produzione e vendita di pane a ridotto contenuto di sale

	di ridurre l'incidenza di patologie cronico-degenerative e per la riduzione di fattori di rischio quali obesità, sedentarietà, tabagismo.	<p>Prosecuzione ed implementazione degli interventi di promozione di stili di vita salubri presso una struttura produttiva di medie dimensioni in coerenza con le linee guida specifiche regionali.</p> <p>Prosecuzione ed implementazione degli interventi su stili di vita salutari e cessazione dell'abitudine al fumo nell'ambito di percorsi di screening in essere e/ o percorsi nascita (counselling breve, ecc.) già definiti nel corso del 2011 d'intesa con soggetti della rete delle strutture sanitarie anche nell'ambito dei progetti HPH</p> <p>Realizzazione della sperimentazione da parte delle ASL interessate degli interventi di "counselling motivazionale breve" presso le farmacie, sulla promozione di stili di vita sana e riduzione dell'abitudine tabagica</p> <p>Consolidamento e eventuale ulteriore implementazione di interventi già sostenuti con le "Regole 2011" nel campo della promozione dell'attività fisica e di corrette abitudini alimentari</p>
1.3	Progetto: realizzazione della "Rete lombarda delle scuole che promuovono salute"	Report delle azioni di sostegno alle scuole che partecipano alla sperimentazione per la validazione degli indicatori.
1.4	Sviluppare la collaborazione multidisciplinare (con osservatori epidemiologici, Registri Tumori e di Patologia, Dipartimento Prevenzione Veterinario....) per la valutazione delle ricadute sulla salute dei progetti in VIA e degli strumenti di governo del territorio	Report dell'attività svolta
2	Prevenzione, anche come strumento di governo della domanda	
	DESCRIZIONE	INDICATORE
2.1	Garantire il mantenimento delle performance di qualità e di risultato raggiunte nell'offerta di screening oncologici	<p>Mantenimento delle performance di qualità e risultato raggiunte nell'offerta di screening organizzati:</p> <ul style="list-style-type: none"> • estensione screening mammella e colon retto $\geq 95\%$ • adesione: mammella $\geq 60\%$; colon retto $\geq 40\%$ • cervice uterina: adesione $> 40\%$ nelle Asl nelle quali è attivo un programma organizzato <p>Prevenzione del carcinoma della cervice uterina</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantenimento e/o implementazione di progetti di

		<p>reclutamento di popolazione fragile (Regole 2011) con evidenza della popolazione arruolata</p> <ul style="list-style-type: none"> • Corretta e completa rendicontazione di tutti gli esami citologici (cod. 91385) nel flusso della specialistica ambulatoriale: monitoraggio delle coperture annuali • Razionalizzazione dei centri di lettura - volume per centro di lettura non inferiore a 3500 da raggiungere anche attraverso consorzi nell'ottica di un progressivo e graduale aumento dei volumi sino a standard: report con mappatura dei centri presenti sui territori e relativi volumi con evidenza del regime di erogazione (28 San, attività non in regime SSN) • Appropriatezza prescrittiva del test per la ricerca dell'HPV: monitoraggio delle prestazioni rendicontate e verifica della coerenza con indicazioni della circolare 5/San/2010 <p>Invio dei dati attività di screening secondo il tracciato record nel rispetto delle indicazioni della DGS</p>
2.2	Progetto: Monitoraggio “ <i>cancri intervallo</i> ” nel programma di screening del ca della mammella	Individuazione della casistica 2008 attraverso link tra sistema informativo screening e flussi informativi correnti (SDO, ecc) e revisione della casistica con le strutture sanitarie interessate: report attività
2.3	Aumento della percentuale di malati di Tubercolosi per i quali si dispone della completa informazione sulla compliance terapeutica	Valutazione attraverso le schede di inizio e fine terapia - MAINF >80% delle segnalazioni
2.4	Mantenimento dei requisiti di qualità del sistema informativo MAINF	<ul style="list-style-type: none"> • 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%; • Concordezza nella scelta della patologia, rispetto ai contenuti della scheda diagnosi (per meningiti batteriche, m.i. pneumococcica-meningococcica-HIB, diarreie infettive, tossinfezioni alimentari, parassitosi) >90% • Chiusura dei “focolai” in tempi coerenti con la storia naturale della malattia.
2.5	Prevenzione e controllo HIV/AIDS	<ul style="list-style-type: none"> • Completezza e correttezza nella compilazione delle schede previste per la segnalazione di nuova

		<p>sieropositività HIV, compresa la scheda “dati aggiuntivi”</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evidenza (report) delle azioni per l'emersione dei casi attraverso la completa segnalazione da parte delle strutture sanitarie. • Collaborazione con i professionisti sanitari per l'attuazione del “Percorso diagnostico terapeutico (PDT) del paziente affetto da malattia HIV/AIDS” approvato con DDG n. 7485/2011, come indicato nell'allegato “Farmaceutica e protesica”.
2.6	<p>Coperture elevate delle vaccinazioni per difterite, tetano, poliomielite, epatite B, pertosse, morbillo, parotite, rosolia, malattia invasiva da HIB e completezza delle anagrafi vaccinali</p>	<p>Anagrafe vaccinale: mantenimento della qualità dei dati dei registri informatizzati, per la corretta alimentazione del FSE.</p> <p>Coperture vaccinali</p> <ul style="list-style-type: none"> • coorte nati residenti 2010: (Vaccino esavalente (polio- difto-tetanopertosse- epatite B-HIB) $\geq 95\%$; Morbillo- Parotite – Rosolia: 1a dose $\geq 95\%$; • coorte nati residenti 2006: Morbillo-Parotite-Rosolia – 2a dose $\geq 90\%$; Polio 4a dose $\geq 95\%$; • soggetti appartenenti a categorie a rischio: $\geq 70\%$ soggetti 0-18 aa, per le rispettive patologie, su denominatore BDA. • HPV: <ul style="list-style-type: none"> - Coorte 2000: $> 70\%$ alla 1a dose - Coorte 1999: copertura alla terza dose $\geq 70\%$
2.7	<p>Potenziare le attività di prevenzione e sorveglianza delle infezioni correlate alla assistenza in un ottica di sistema integrato (programmazione, accreditamento, qualità, risk management)</p>	<p>Inserimento nei contratti con le strutture accreditate dell'impegno di utilizzo del sistema informativo InfOsp.</p>
3	Tutela della salute dei cittadini e dei lavoratori	
	DESCRIZIONE	INDICATORE
3.1	<p>Attività di programmazione: Redazione del Piano triennale dei controlli 2012-2014, orientando la programmazione secondo l'individuazione delle priorità del territorio, i criteri di graduazione del rischio ed utilizzando il DWH del sistema IMPreS@ e coordinando le attività con le altre</p>	<p>Disponibilità del Piano triennale e della programmazione annuale entro febbraio 2012.</p>

	strutture aziendali interessate.	
3.2	Attuazione della attività di controllo negli ambienti di vita e di lavoro, in coerenza con la programmazione annuale del Piano dei controlli e rendicontazione nel sistema IMPreS@, tenendo conto anche dell'attività coordinata con altri Enti (es. DPL, ARPA, Amministrazione Provinciale)	<p>Sicurezza nei luoghi di lavoro:</p> <ul style="list-style-type: none"> - effettuare i controlli garantendo almeno la sorveglianza del 5% delle imprese attive, in coerenza con i LEA - mantenere il numero totale dei controlli effettuati nel 2011, con particolare attenzione ai comparti non inseriti nel monitoraggio LEA (es. agricoltura) - inserire nei controlli programmati le aziende classificate a Rischio di Incidente Rilevante, quelle soggette ad Autorizzazione Ambientale Integrata, quelle con elevati indici di frequenza e gravità per infortuni e malattie professionali - garantire almeno lo stesso numero di cantieri controllati nel corso del 2011. <p>Nei settori della sicurezza alimentare e della sicurezza negli ambienti di vita i controlli riguardo alle attività economiche/di servizio devono essere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - numericamente non inferiori a quelli svolti nel 2011 - programmati in base alla graduazione dei rischi, effettuata in coerenza con le indicazioni della DGS - coordinati con quelli programmati da altri dipartimenti aziendali. <p>I controlli ufficiali ai fini della sicurezza alimentare sono attuati in conformità alle procedure di sistema codificate nell'ambito del documento "Standard di funzionamento dei servizi delle ASL competenti in materia di sicurezza alimentare".</p>
3.3	Attività in materia REACH/CLP	<p>Realizzazione di almeno un intervento di vigilanza e controllo.</p> <p>Organizzazione del percorso (azioni; responsabilità; collaborazione con UOOML) per la gestione delle segnalazioni di ricadute sulla salute e di non conformità dei prodotti in coerenza con le linee di indirizzo regionali.</p>
3.4	Promozione dell'applicazione nelle aziende delle linee di indirizzo e vademecum regionali in materia di sicurezza e salute nei luoghi di lavoro e verifica della loro efficacia in coerenza	<p>Applicazione di almeno una linea di indirizzo in accordo con la DGS.</p>

	con le indicazioni della Commissione consultiva permanente art 6 DLgs 81/2008	
3.5	Adozione da parte dei Comitati di Coordinamento Provinciali ex art.7 DLgs 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	Declinazione a livello territoriale del Piano triennale per la promozione della sicurezza nei luoghi di lavoro.
3.6	Sistema informativo gestionale PERSON@	Utilizzo del sistema informativo secondo le indicazioni della DGS Inserimento nei contratti con le strutture accreditate sede di UOOML dell'impegno di utilizzo di PERSON@ nella attività di indagine di "Malattia Professionale".
3.7	Sviluppare il supporto ai Comuni e Province nell'ambito del procedimento istruttorio in materia di bonifica siti contaminati	Report con particolare riferimento alla partecipazione ASL in conferenze di servizio.
3.8	Sviluppare il supporto ai Comuni per l'inserimento nei Regolamenti Edilizi Comunali (REC) di norme tecniche specifiche per la prevenzione dell'esposizione al gas radon negli edifici	Report con evidenza dei Comuni che hanno adottato/integrato REC con norme tecniche specifiche per la prevenzione dell'esposizione al gas radon negli edifici, secondo le indicazioni della DGS.
3.9	Definizione di un programma coordinato con ARPA per l'attività di controllo sulle aziende che svolgono attività che impattano sull'ambiente	Report
3.10	Progetto: Razionalizzazione e riorganizzazione in "rete" dei Laboratori di Prevenzione delle ASL a supporto delle attività di controllo ed in un'ottica di sistema integrato allargato	Evidenza di realizzazione del progetto secondo modalità e tempi condivisi con DG Sanità.
4	EXPO 2015	
4.1	La manifestazione di EXPO 2015 promuove il diritto ad una alimentazione sana, sicura e sufficiente per tutti gli abitanti	<i>Attivazione di progetti in materia di sicurezza alimentare e promozione di stili di vita salubri, secondo le indicazioni regionali, in accordo con la UO</i>

	della Terra.	<i>Veterinaria (vedi punto 8).</i>
	Sicurezza dei lavoratori interessati alla realizzazione dell'evento EXPO 2015	Programmazione ed attuazione dell'attività di competenza dei Dipartimenti di Prevenzione Medici ASL Milano e ASL Milano 1, in coordinamento con la DGS.

Prevenzione Veterinaria

La tutela della salute pubblica si persegue anche attraverso il controllo delle malattie potenzialmente contagiose per l'uomo e la disponibilità di alimenti sicuri dal punto di vista igienico-sanitario. In questo contesto la Sanità Pubblica Veterinaria è chiamata a svolgere un ruolo fondamentale per garantire qualità e sicurezza delle produzioni del sistema agro-alimentare lombardo. A tal fine è stato predisposto il Piano Regionale Prevenzione Veterinaria, documento di programmazione strategica cui è affidato il compito:

- di definire i principi di riferimento, lo scenario, gli obiettivi strategici, i temi prioritari di intervento e gli strumenti attuativi che dovranno caratterizzare la prevenzione veterinaria nei prossimi anni;
- di assicurare un approccio integrato alla tutela della salute pubblica tra i diversi soggetti che costituiscono il sistema sanitario lombardo: Direzione Generale Sanità, ASL, ARPA, Eupolis, IZSLER, Sistema Universitario Regionale, NAS, Polizia di Stato, CFS, GdF, Centri di ricerca, Centri di riferimento nazionale, Operatori economici e tutti coloro che, individualmente o in collaborazione, svolgono attività finalizzate alla promozione e alla tutela della salute dei cittadini.

In tale contesto l'integrazione, la semplificazione e la dematerializzazione rappresentano i paradigmi delle politiche di prevenzione in materia di sanità pubblica veterinaria.

SANITÀ PUBBLICA VETERINARIA		
Obiettivi	Descrizione	Indicatori
1	Programmazione delle attività di prevenzione veterinaria Predisposizione del Piano Aziendale triennale dei controlli 2012-2014: - in conformità al documento "Standard di funzionamento delle Aziende Sanitarie Locali", - in attuazione del Piano Regionale della Prevenzione Veterinaria, favorendo un approccio integrato alla tutela della salute pubblica, con particolare riferimento al processo di integrazione con le altre Autorità Competenti. Implementazione dell'attività di analisi, elaborazione e gestione dei dati relativi all'attuazione del	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Approvazione e attuazione del Piano aziendale.</i> ✓ <i>Programmazione e attuazione di eventi per la comunicazione agli stakeholders :</i> <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>degli obiettivi del Piano;</i> ○ <i>dei risultati conseguiti.</i> ✓ <i>Attuazione da parte dell'IZSLER degli step previsti dall'UO Veterinaria.</i>

		Piano Regionale della Prevenzione Veterinaria.	
2	Formazione e aggiornamento del personale	<p>Predisposizione del “Programma annuale di formazione” in coerenza con gli obiettivi strategici della DG Sanità e con gli obiettivi specifici del PRPV. Nella fattispecie rivestono un ruolo di primaria importanza le seguenti aree di intervento;</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Standard di funzionamento delle ASL; 2. Sistema Informativo Veterinario Integrato; 3. Gestione delle emergenze. <p>Percorsi formativi specialistici attivati dall’UNIMI, in applicazione della d.g.r. n. 1409 del 09/03/2011.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Standard e SIVI:</i> <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>pianificazione di un percorso di formazione che coinvolga almeno 1/3 degli operatori del Controllo Ufficiale;</i> ✓ <i>Attivazione di percorsi/iniziative di formazione per la gestione delle emergenze di competenza della sanità pubblica veterinaria.</i> ✓ <i>Attivazione, se del caso, di accordi bilaterali con l’UNIMI nell’ambito dei percorsi di specializzazione promossi dalla Facoltà di Medicina Veterinaria.</i>
3	Rendicontazione dei LEA	Le prestazioni di competenza della sanità pubblica veterinaria sono incluse nell’area <Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro>.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Monitoraggio e rendicontazione delle attività contemplate nei LEA in conformità al timing definito dall’U.O. Veterinaria.</i>
4	Utilizzazione delle risorse finanziarie	<p>Al fine di innovare e incrementare l’efficacia e la qualità dell’attività di “Controllo ufficiale” nel campo della sanità pubblica veterinaria si rendono disponibili le seguenti risorse:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Una quota vincolata di risorse del fondo funzioni non coperte da tariffe predefinite anno 2012, pari ad € 2.000.000,00; b. Fondi statali per le attività connesse ai servizi veterinari, pari ad una somma complessiva di € 1.000.000,00. c. Introiti derivanti dall’applicazione del D.Lgs. n. 194/2008 e dalle sanzioni correlate con l’attuazione del controllo ufficiale secondo quanto indicato con nota prot. n. H1.2011.0028112. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Attivazione di progetti nel campo della prevenzione veterinaria attraverso l’utilizzo della quota vincolata dei Fondi funzioni non tariffabili. Tali progetti dovranno essere predisposti e rendicontati secondo le linee di indirizzo emanate dall’U.O. Veterinaria.</i> ✓ <i>Attivazione di progetti relativi all’attuazione delle azioni programmate dalla Regione nell’ambito dell’APQ EXPO 2015.</i>
5	Implementazione e aggiornamento dei sistemi	Implementare il SIVI in sintonia con le indicazioni regionali, curando in modo particolare i	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Attuazione degli step previsti dalle procedure di implementazione del SIVI, secondo le modalità ed i tempi</i>

	informativi	seguenti driver: - programmazione delle attività, - aggiornamento in continuo delle anagrafiche, - registrazione delle attività di controllo .	<i>stabiliti dall'U.O. Veterinaria.</i>
SICUREZZA ALIMENTARE			
	Obiettivi	Descrizione	Indicatori
6	Attuazione del controllo ufficiale	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Attuazione del controllo ufficiale in conformità alle procedure di sistema codificate nell'ambito del documento "Standard di funzionamento dei servizi delle ASL competenti in materia di sicurezza alimentare. ❖ Pianificazione di controlli integrati con l'IZSLER al fine di migliorare l'efficacia e l'appropriatezza del Controllo Ufficiale nei seguenti ambiti: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Sicurezza alimentare; ➤ Campionamento ufficiale; ➤ Sanità animale. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Controlli attuati / Controlli programmati: $\geq 0,90$</i> ✓ <i>Attività programmata in collaborazione con l'IZSLER:</i> <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Controlli attuati / Controlli programmati: = 1</i>
7	Piani specifici a valenza regionale-nazionale-europea	Pianificazione degli obiettivi operativi declinati nell'ambito del PRPV.	✓ <i>Attuazione e rendicontazione dei piani</i>
EXPO 2015			
	Obiettivi	Descrizione	Indicatori
8	EXPO 2015	La manifestazione di EXPO 2015 promuove il diritto ad una alimentazione sana, sicura e sufficiente per tutti gli abitanti della Terra. La Sanità Pubblica Veterinaria e la Prevenzione medica Regionali, grazie all'esperienza maturata nell'ambito della sicurezza alimentare e degli stili di vita, possono svolgere un ruolo trainante nell'organizzazione dell'evento e rappresentare un esempio di riferimento per altri Paesi.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Attivazione di progetti secondo le indicazioni regionali.</i> ✓ <i>Progetti relativi all'attuazione delle azioni programmate nell'ambito dell'APQ EXPO 2015, finanziati con le risorse di cui alla lettera b. del punto 4.</i>

Allegato 5

Formazione del personale, Medicina Convenzionata Territoriale e ECM-Provider

FORMAZIONE E SVILUPPO DEI PROFESSIONISTI DEL SSR

Ogni anno le Aziende Ospedaliere Pubbliche e le ASL devono predisporre il Piano di formazione aziendale, tenendo conto degli obiettivi aziendali, nazionali e regionali, evidenziati nei Documenti strategici di programmazione regionali e nelle regole di sistema regionali approvate annualmente dalla Direzione Generale Sanità.

I Piani di formazione aziendali costituiscono strumento di crescita professionale e devono garantire l'opportunità di formazione a tutte le categorie di lavoratori dell'azienda.

Oltre alle tematiche di carattere più strettamente clinico, finalizzate ad incrementare le conoscenze e le competenze dei professionisti del SSR, i piani di formazione devono mirare a consentire la condivisione di politiche operative, in un'ottica di collaborazione e sussidiarietà.

Particolare attenzione dovrà essere rivolta alle metodologie innovative, al fine di creare una rete di saperi e di operatività condivise

Le norme generali per l'accreditamento dei Piani di formazione fanno riferimento agli atti della DG Sanità relativi all'ECM; i piani di formazione devono contenere in particolare:

gli eventi che concorrono a costituire gli obiettivi dei Direttori Generali d'azienda, in quanto ritenuti particolarmente strategici dalla Direzione Generale Sanità di Regione Lombardia;

la formazione obbligatoria, in quanto legata a normativa nazionale: formazione sulla prevenzione all'AIDS (legge 135/1990) e sulla radioprotezione del paziente (legge 187/2000).

Le Aziende devono altresì favorire la partecipazione dei professionisti alle iniziative formative proposte dalla DG Sanità attraverso Eupolis, con particolare attenzione alla corretta individuazione del target.

Si conferma che, anche per il 2012 le spese per l'attività di formazione erogata nell'ambito delle disposizioni previste dal C.C.N.L., nonché la formazione prevista dagli indirizzi regionali in materia di formazione non sono materia di razionalizzazione dei costi, prevista all'art. 6 comma 13 della legge 122/2010.

Medicina convenzionata territoriale

Per quanto riguarda la medicina convenzionata territoriale, si conferma per l'anno 2012 la necessità di perseguire politiche di contenimento e razionalizzazione dei costi, come peraltro già previsto dalle disposizioni che hanno interessato gli anni 2009,2010 e 2011, anche alla luce delle recenti disposizioni legislative nazionali in materia di vincoli alla finanza pubblica.

Nella voce di costo vincolata sono ricomprese le Risorse Aggiuntive Regionali, finalizzate alla copertura delle attività previste dagli Accordi Integrativi Regionali sottoscritti nel corso del 2011, fermo restando il rispetto delle disposizioni nazionali e regionali che potranno intervenire in corso d'anno.

Le Aziende dovranno attenersi al rispetto del budget assegnato per il 2012.

Si chiede da parte delle Aziende di garantire la correttezza, la completezza e l'attendibilità dei dati richiesti dai competenti uffici regionali in considerazione del fatto che assume sempre più importanza la precisione e la puntualità delle rilevazioni, anche a fini statistici, programmatori e di supporto alla contrattazione decentrata. Tale attività è considerata obiettivo delle Direzioni Aziendali.

Particolare attenzione verrà 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 ed in applicazione degli Accordi Integrativi Regionali firmati nel corso del 2011.

Nel corso del 2012, come previsto dagli Accordi Integrativi Regionali sottoscritti nel corso del 2011, verranno attivati dei Gruppi di Approfondimento Tecnico per la valutazione della appropriatezza per l'eventuale rimodulazione delle Prestazioni di Particolare Impegno Professionale in ambito pediatrico e per l'introduzione di metodologie di controllo sulla Assistenza Domiciliare Integrata e Programmata; verrà inoltre istituito un Tavolo di Confronto con i referenti delle Aziende Sanitarie Locali per uniformare le metodologie di gestione e controllo delle attività collegate alla medicina convenzionata territoriale.

Per ciò che concerne la Pediatria di Famiglia, come previsto dall'Accordo Integrativo Regionale siglato nel corso del 2011 saranno previsti, in capo ASL, progetti finalizzati alla copertura assistenziale, per i pazienti in età pediatrica, nelle giornate del sabato, nel giorno prefestivo qualora questo preceda più di un giorno di festività, al fine di garantire una reale continuità dell'assistenza pediatrica.

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) finalizzati all'integrazione con professionisti di altre discipline specialistiche per garantire cure territoriali integrate, ridurre gli accessi impropri al Pronto Soccorso. La promozione dei ricoveri nelle attività subacute direttamente dal territorio sarà oggetto di sperimentazione da parte delle Aziende Sanitarie Locali delle Province di Varese e Pavia.

Fatto salvo il rispetto degli standard definiti dalle legge, in via sperimentale alle forme associative di gruppo è data facoltà di organizzare tramite appositi progetti, la risposta al bisogno di prestazioni specialistiche, anche sotto forma di consulto, mediante l'accesso diretto del medico specialista nella sede della forma associativa per la erogazione delle prestazioni e delle consulenze ritenute necessarie.

Tali progettualità devono essere rivolte prioritariamente all'esecuzione di prime visite specialistiche nei confronti di pazienti con patologie croniche certificate o in condizioni di fragilità socio economiche.

I gruppi che si rendono disponibili ad attivare questo servizio debbono comunicare all'ASL di riferimento entro il 30 gennaio 2012 i giorni e le ore della settimana nei quali intendono offrire il servizio nonché la Branca di specializzazione dello specialista che vorrebbero accogliere nel proprio ambulatorio comune.

L'ASL entro il 28 febbraio 2012, dopo aver contattato le Aziende operanti nel territorio di competenza, dovrà inviare alla Direzione Generale Sanità il dettaglio delle progettualità che intende attivare sul proprio territorio, unitamente alla bozza di convenzione stipulata con l'Azienda presso

la quale lo specialista esercita, per regolamentare il pagamento delle ore prestate dallo stesso presso il gruppo di Medici di Medicina Generale autorizzato ad attivare il progetto. Al fine di giungere ad una corretta modulazione delle progettualità l'ASL dovrà prevedere una retribuzione massima oraria lorda che non superi i 90 €, un massimale orario settimanale di norma pari a 4 ore per ogni gruppo, nonché una retribuzione forfettaria/mensile per i componenti del gruppo che ospitano lo specialista ambulatoriale. La Direzione Generale Sanità entro il 20 marzo 2012 comunicherà alle ASL quali, dei progetti presentati saranno autorizzati e l'importo assegnato per la loro realizzazione.

In via sperimentale, al fine di favorire un corretto accesso al pronto soccorso, alle ASL sul cui territorio sono presenti Aziende Ospedaliere con Servizi di PS con accessi nell'ordine di 50.000 annui è consentito attivare, all'interno dell'Azienda Ospedaliera un ambulatorio di pre filtro nei quali prestino servizio, compatibilmente con gli obblighi orari previsti dall'ACN vigente per gli incarichi già assunti o con le limitazioni previste dai vigenti Contratti Collettivi di Lavoro, medici di medicina generale che non abbiano ancora raggiunto le 500 scelte, medici della continuità assistenziale che non siano ancora titolari di un ambito carente per la medicina generale e/o personale delle Aziende Ospedaliere presenti sul territorio.

Al fine di favorire la realizzazione di tale servizio le ASL, d'intesa con le Aziende Ospedaliere, potranno attivare una progettualità specifica che preveda una remunerazione oraria delle ore di attività svolte presso detto ambulatorio.

Le Aziende Ospedaliere, l'AREU e le Aziende Sanitarie, sede di polo formativo dei corsi triennali di formazione specifica in Medicina Generale, devono collaborare in stretta sinergia con i referenti Eupolis, al fine di fornire ai Tirocinanti una puntuale conoscenza del SSR e della sua articolazione ospedaliera e territoriale; in particolare devono favorire la collaborazione dei professionisti sanitari ai momenti di docenza e di affiancamento ai tirocinanti e l'individuazione, all'interno delle loro aziende, del setting-logistico e delle articolazioni aziendali più adeguati all'obiettivo della conoscenza dei servizi ospedalieri e socio-sanitari territoriali.

Si conferma che, anche per il 2012 le spese per l'attività di formazione erogata nell'ambito delle disposizioni previste dagli accordi nazionali per la medicina convenzionata, nonché la formazione prevista dagli indirizzi regionali in materia di formazione non sono materia di razionalizzazione dei costi, prevista all'art. 6 comma 13 della legge 122/2010.

Per la specialistica ambulatoriale, verrà istituita una Commissione regionale, composta da referenti della Dg Sanità, delle AO e delle OO.SS. di categoria per l'implementazione e la verifica della applicazione del piano formativo ai sensi dell'Accordo Integrativo Regionale siglato nel corso del 2011.

ECM-PROVIDER

Il costante miglioramento della qualità della formazione erogata sul territorio lombardo e l'incremento della efficienza delle regole e delle indicazioni operative per i Provider costituiscono obiettivi tradizionali del sistema di educazione continua in medicina lombardo che meritano un'adeguata riproposizione anche nell'anno 2012.

In particolare, le applicazioni pratiche della complessa normativa di settore fanno scaturire l'esigenza costante di apportare integrazioni sempre più concepite in un'ottica che punti da una lato a semplificare la realizzazione dei diversi adempimenti richiesti all'utenza e, dall'altro, a salvaguardare l'armonia con le disposizioni emergenti dal nuovo accordo stato regioni in materia.

Completano il quadro delle attività attese un più organico funzionamento della Commissione Regionale ECM e l'implementazione dell'osservatorio regionale sulla qualità della formazione.

FORMAZIONE SPECIALISTICA

Si conferma anche per il 2012, al fine di contribuire a colmare l'eventuale divario sul territorio tra fabbisogni annui di medici specialisti e corrispondenti assegnazioni di contratti da parte del Ministero dell'Università e della Ricerca, l'assegnazione da parte di Regione Lombardia, previo confronto con le Università Lombarde, di ulteriori contratti di formazione specialistica, qualora sia completato l'iter procedurale previsto e vi sia la necessaria copertura finanziaria.

PROCEDIMENTI SANZIONATORI IN MATERIA DI VIOLAZIONI AMMINISTRATIVE DI COMPETENZA DELLE AZIENDE SANITARIE LOCALI

Con riferimento ai procedimenti sanzionatori che le Aziende Sanitarie Locali devono attivare in materia di violazioni amministrative di cui alla L. 689/81 e LR 90/1983, al fine di garantire l'omogeneità nella trattazione delle casistiche, si reputa necessario che ciascuna ASL si doti di un regolamento aziendale che descriva e disciplini l'intero processo (competenze, deleghe, riscossioni). Per garantire la semplificazione della procedura si invita le Aziende a valutare l'opportunità di informatizzare l'intero processo sanzionatorio, mediante appositi software.

cod. prestaz	categoria	descrizione prestazione	tariffa €
AA041	01	colloquio per raccolta anamnestica o illustrazione delle procedure diagnostiche, terapeutiche, riabilitative o di supporto: in sede	58,00
AA091	01	follow up neonatale, esame neuropsicomotorio	58,00
AA621	02	videoregistrazione per inquadramento diagnostico o per monitoraggio riabilitativo o terapeutico	58,00
AA621	02	videoregistrazione per la stesura e controllo del piano riabilitativo	58,00
AB042	01	colloquio per raccolta anamnestica o illustrazione delle procedure diagnostiche, terapeutiche, riabilitative o di supporto: fuori sede	73,64
AC251	02	osservazioni di gioco e comportamentali del bambino: in sede. Per seduta (Ciclo di 3 sedute)	64,00
AD252	02	osservazioni di gioco e comportamentali del bambino: fuori sede. Per seduta (Ciclo di 3 sedute)	84,00
AF241	02	osservazione per la valutazione delle risorse individuali nell'ambito dell'autonomia personale, dell'integrazione sociale e delle capacità lavorative. Per seduta (Ciclo di 3 sedute)	35,00
AF571	02	valutazione della comunicazione e del linguaggio in età evolutiva: in sede. Per valutazione (ciclo di 3 valutazioni)	35,00
AF581	02	valutazione neuromotoria: in sede. Per valutazione (Ciclo di 3 valutazioni)	28,50
AF591	02	valutazione neuropsicologica: in sede. Per valutazione (Ciclo di 3 valutazioni)	64,00
AF601	02	valutazione dello sviluppo psicomotorio in età evolutiva: in sede. Per valutazione (ciclo 3 valutazioni)	35,00
AG572	02	valutazione della comunicazione e del linguaggio in età evolutiva: fuori sede. Per valutazione (Ciclo di 3 valutazioni)	55,00
AG582	02	valutazione neuromotoria, compresa la valutazione protesica: fuori sede. Per valutazione (Ciclo di 3 valutazioni)	55,00
AG602	02	valutazione dello sviluppo psicomotorio in età evolutiva: fuori sede. Per valutazione (ciclo 3 valutazioni)	55,00
AG642	02	valutazione neuropsicologica: fuori sede. Per valutazione (Ciclo di 3 valutazioni)	80,00
AI451	04	seduta di sostegno psicologico. Per seduta (Ciclo di 10 sedute)	55,00
AK111	04	incontri di gruppo di genitori con figli portatori di patologie croniche o degenerative, disabilità, rischio di morte o con altre problematiche condivise. Per seduta e per partecipante (Ciclo di 10 sedute)	25,00
AL461	05	seduta individuale di abilitazione o riabilitazione dei disturbi del linguaggio e della comunicazione in età evolutiva. Per seduta (Ciclo di 10 sedute)	30,00
AL471	05	seduta individuale di abilitazione o riabilitazione delle funzioni neuropsicologiche in età evolutiva. In sede. Per seduta (Ciclo di 10 sedute)	30,00
AL481	05	seduta individuale di riabilitazione dei disturbi dello sviluppo psicomotorio. In sede. Per seduta (Ciclo di 10 sedute)	30,00
AL491	05	seduta individuale di abilitazione o riabilitazione svolta mediante l'utilizzo di strumenti informatici, di tecnologie avanzate o di strumenti di comunicazione aumentativa. Per seduta (Ciclo di 10 sedute)	50,00
AL501	05	seduta individuale di abilitazione o riabilitazione neuromotoria: in sede. Per seduta (ciclo di 10 sedute)	30,00
AL541	05	training individuale di addestramento per specifici trattamenti terapeutici rivolto a altri operatori: in sede. Per seduta (Ciclo di 3 sedute)	30,00
AL551	05	training individuale di addestramento per specifici trattamenti terapeutici rivolto a genitori: in sede. Per seduta (Ciclo di 3 sedute)	30,00
AL561	05	training individuale di addestramento per specifici trattamenti terapeutici rivolto a insegnanti: in sede. Per seduta (Ciclo di 3 sedute)	30,00
AM482	05	seduta individuale di abilitazione o riabilitazione di psicomotricità: fuori sede. Per seduta (Ciclo di 10 sedute)	50,00
AM542	05	training individuale di addestramento per specifici trattamenti terapeutici rivolto a altri operatori: fuori sede. Per seduta (Ciclo di 3 sedute)	50,00
AM552	05	training individuale di addestramento per specifici trattamenti terapeutici rivolto a genitori: fuori sede. Per seduta (Ciclo di 3 sedute)	50,00
AM562	05	training individuale di addestramento per specifici trattamenti terapeutici rivolto a insegnanti: fuori sede. Per seduta (Ciclo di 3 sedute)	50,00
AN401	05	seduta di gruppo di abilitazione o riabilitazione dei disturbi del linguaggio e della comunicazione in età evolutiva. Per seduta e per paziente (Ciclo di 10 sedute)	20,00
AN411	05	seduta di gruppo di abilitazione o riabilitazione delle funzioni neuropsicologiche. Per seduta e per paziente (Ciclo di 10 sedute)	20,00
AN421	05	seduta di gruppo di abilitazione o riabilitazione dei disturbi dello sviluppo. Per seduta e per paziente (Ciclo di 10 sedute)	20,00
AN431	05	seduta di gruppo di abilitazione o riabilitazione svolta mediante l'utilizzo di strumenti informatici, di tecnologie avanzate o di strumenti di comunicazione aumentativa. Per seduta e per paziente (Ciclo di 10 sedute)	20,00
AN441	05	seduta di gruppo di abilitazione o riabilitazione neuromotoria dell'età evolutiva. Per seduta e per paziente (Ciclo di 10 sedute)	20,00
AN511	05	training di gruppo di addestramento per specifici trattamenti terapeutici rivolto a altri operatori: in sede. Per seduta (Ciclo di 3 sedute)	20,00
AN521	05	training di gruppo di addestramento per specifici trattamenti terapeutici rivolto a genitori: in sede. Per seduta e per paziente (Ciclo di 3 sedute)	20,00
AN531	05	training di gruppo di addestramento per specifici trattamenti terapeutici rivolto a insegnanti: in sede. Per seduta (Ciclo di 3 sedute)	20,00
AO512	05	training di gruppo di addestramento per specifici trattamenti terapeutici rivolto a altri operatori: fuori sede. Per seduta (Ciclo di 3 sedute)	20,00
AO522	05	training di gruppo di addestramento per specifici trattamenti terapeutici rivolto a genitori: fuori sede. Per seduta e per paziente (Ciclo di 10 sedute)	20,00
AO532	05	training di gruppo di addestramento per specifici trattamenti terapeutici rivolto a insegnanti: fuori sede. Per seduta (Ciclo di 3 sedute)	20,00
AP021	06	attività individuali educative rieducative nell'ambito della autonomia personale, del gioco, delle attività scolastiche, occupazionali o lavorative: in sede. Per intervento (Ciclo di 10 interventi)	30,00
AP031	06	attività individuali finalizzate alla formazione dei pazienti in ambiti lavorativi, anche in ambiente "protetto": in sede. Per intervento (Ciclo di 10 interventi)	30,00
AP231	06	intervento individuale di risocializzazione, animazione e ricreazione con finalità di integrazione sociale per bambini: in sede. Per intervento (Ciclo di 10 interventi)	30,00
AP631	06	colloquio dell'educatore per l'illustrazione del progetto educativo: in sede	30,00
AQ022	06	attività individuali educative rieducative nell'ambito della autonomia personale, del gioco, delle attività scolastiche, occupazionali o lavorative: fuori sede. Per intervento (Ciclo di 10 interventi)	50,00
AQ032	06	attività individuali finalizzate alla formazione dei pazienti in ambiti lavorativi, anche in ambiente "protetto": fuori sede. Per intervento (Ciclo di 10 interventi)	50,00
AQ232	06	intervento individuale di risocializzazione, animazione e ricreazione con finalità di integrazione sociale per bambini: fuori sede. Per intervento (Ciclo di 10 interventi)	50,00
AQ632	06	colloquio dell'educatore per l'illustrazione del progetto educativo: fuori sede	50,00
AR011	06	attività di gruppo educativo rieducative nell'ambito della autonomia personale, del gioco, delle attività scolastiche, occupazionali o lavorative: in sede. Per intervento e per paziente (Ciclo di 10 interventi)	15,00
AR221	06	intervento di gruppo di risocializzazione, animazione e ricreazione per integrazione di bambini in difficoltà: in sede. Per intervento e per paziente (Ciclo di 10 interventi)	15,00
AS012	06	attività di gruppo educativo rieducative nell'ambito della autonomia personale, del gioco, delle attività scolastiche, occupazionali o lavorative: fuori sede. Per intervento e per paziente (Ciclo di 10 interventi)	25,00
AS222	06	intervento di gruppo di risocializzazione, animazione e ricreazione per integrazione di bambini in difficoltà: fuori sede. Per intervento e per paziente (Ciclo di 10 interventi)	25,00
BK271	14	presenza residenziale per bambini - assistenza per 24 ore	174,00
BK301	13	presenza semiresidenziale per bambini - assistenza maggiore di 4 ore e minore di 8 ore	105,56
BK311	13	presenza semiresidenziale per bambini - assistenza minore di 4 ore	74,04
BL261	14	presenza residenziale per adolescenti - assistenza per 24 ore	174,00
BL281	13	presenza semiresidenziale per adolescenti - assistenza maggiore di 4 ore e minore di 8 ore	105,56
BL291	13	presenza semiresidenziale per adolescenti - assistenza minore di 4 ore	74,04
CA001	02	somministrazione test di sviluppo o di livello cognitivo in età evolutiva, per seduta	70,00
CA002	02	valutazione neurofunzionale visiva dell'età evolutiva	50,00
CA003	05	attività abilitativa/riabilitativa in acqua nelle disabilità dell'età evolutiva. Per seduta (Ciclo di 10 sedute)	50,00
CA004	05	attività abilitativa/riabilitativa di gruppo in acqua nelle disabilità dell'età evolutiva. Per seduta (Ciclo di 10 sedute)	30,00
CA005	01	colloquio psicologico clinico nei disturbi neuropsichici dell'età evolutiva	58,00
CA006	02	somministrazione di test proiettivi e della personalità in età evolutiva	60,00

Allegato 1 A

CA007	02	somministrazione di test di valutazione della disabilità sociale in età evolutiva	30,00
CA008	02	somministrazione di test per la valutazione del carico familiare e dello stress genitoriale nei disturbi neuropsichici dell'età evolutiva	30,00
CA009	01	visita di controllo o colloquio neuropsichiatrico infantile	64,00
CA010	01	prima visita neuropsichiatrica infantile	64,00
CA011	05	seduta individuale di abilitazione e riabilitazione neurofunzionale visiva in età evolutiva. Per seduta (Ciclo di 10 sedute)	30,00
CA012	05	seduta individuale di abilitazione o riabilitazione neuromotoria: fuori sede. Per seduta (ciclo di 10 sedute)	30,00
CA013	05	attività abilitativa o riabilitativa equestre nelle disabilità dell'età evolutiva. Per seduta (Ciclo di 10 sedute)	50,00
CA014	03	psicoterapia individuale o congiunta nei disturbi neuropsichici dell'età evolutiva, per seduta. Ciclo di 10 sedute	60,00
CA015	03	psicoterapia familiare nei disturbi neuropsichici dell'età evolutiva, per seduta. Ciclo di 10 sedute	100,00
CA016	03	psicoterapia di gruppo nei disturbi neuropsichici dell'età evolutiva, per seduta e per partecipante. Ciclo di 10 sedute	30,00

Allegato 1 B

cod prestaz	categoria	descrizione prestazione
AT171	07	inserimento in comunità/istituti con presenza dell'operatore affiancante: in sede
AT181	07	interventi di sostegno nell'espletamento di pratiche amministrative: in sede
AT191	07	interventi di tutela del paziente: in sede
AT641	07	colloquio dell'assistente sociale per l'illustrazione dei progetti sociali: in sede
AU172	07	inserimento in comunità/istituti con presenza dell'operatore affiancante: fuori sede
AU182	07	interventi di sostegno nell'espletamento di pratiche amministrative: fuori sede
AU192	07	interventi di tutela del paziente: fuori sede
AU642	07	colloquio dell'assistente sociale per l'illustrazione dei progetti sociali: fuori sede
AV371	08	riunioni di presentazione del caso, di verifica periodica, di programmazione sul singolo paziente
AW121	09	incontri con il medico di base: in sede
AW131	09	incontri con operatori di comunità o di istituti: in sede
AW141	09	incontri con operatori di sindacati e patronati: in sede
AW151	09	incontri con organi giudiziari e prefettura: in sede
AW161	09	incontri con strutture educative: in sede
AW361	09	riunioni con strutture sanitarie e operatori sociali dell'Ente locale: in sede
AX122	09	incontri con il medico di base: fuori sede
AX132	09	incontri con operatori di comunità o di istituti: fuori sede
AX142	09	incontri con operatori di sindacati e patronati: fuori sede
AX152	09	incontri con organi giudiziari e prefettura: fuori sede
AX162	09	incontri con strutture educative: fuori sede
AX362	09	riunioni con strutture sanitarie e operatori sociali dell'Ente locale: fuori sede
AY081	10	diagnosi funzionale
AY341	10	relazione per organi giudiziari
AZ381	11	screening, in sede.
BA382	11	screening, fuori sede.

Allegato 6

Piani e programmi di sviluppo

Il Servizio Sanitario Regionale è composto da attori che agiscono per obiettivi indicati in interdipendenza con altri attori esprimendo matrici di responsabilità, assegnate per contratto, su diversi livelli di complessità nell'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie, assicurando l'accesso alle strutture, l'appropriatezza ed efficacia degli interventi e la continuità di processo delle cure

L'impegno delle Aziende sanitarie e di Regione Lombardia dovrà condurre a realizzare un'efficace sinergia tra obiettivi ed azioni di integrazione focalizzandosi sulla necessità di facilitare la persona nell'accesso alla rete dei servizi per la salute. Sarà, quindi data priorità ad azioni che valorizzano il sistema dell'offerta nel suo complesso e i contesti associativi e le realtà in grado di meglio favorire il coinvolgimento dei "target" di riferimento e la valorizzazione delle azioni di miglioramento e di semplificazione delle procedure amministrative a favore delle persone.

Ogni azione/intervento avrà lo scopo di

- a) far accedere a prestazioni che comportano interventi specifici e sequenziali di professionisti afferenti alle diverse componenti del sistema sanitario per rilascio di certificati, richiesta di materiale sanitario e protesico, richiesta di trasporti secondari programmabili, impegnative di prestazioni per periodi prolungati e ripetitive, prenotazioni e accettazioni a distanza con accesso diretto allo specialista, rilascio di documentazione clinica, et al; *indicatore: sviluppo e realizzazione di specifici percorsi di semplificazione.*
- b) diffondere i contenuti per riconoscere i sintomi delle grandi patologie quale ad es. una campagna sull'ICTUS; *indicatore: sviluppo e realizzazione di specifica campagna di comunicazione.*
- c) favorire l'accesso al pronto soccorso ospedaliero attraverso percorsi differenziati; *indicatore: sviluppo di specifica progettualità e realizzazione in tutte le strutture dotate di PS con il coordinamento delle ASL.*
- d) gestire la mobilità dei cittadini in Europa, proseguendo lo sviluppo di progetti strategici innovativi, cofinanziati dall'Unione Europea, con la sperimentazione presso alcune aziende sanitarie dei servizi previsti. Si tratta dell'avvio di una rete transfrontaliera di ospedali nelle Regioni dell'Arco Alpino (progetto "ALIAS").

Per rispondere al fabbisogno di integrazione, nel 2012 ciascun sistema a "rete di funzioni" attiverà meccanismi operativi di standardizzazione delle competenze dei professionisti, dei percorsi-processi e del monitoraggio dei risultati.

Per promuovere lo sviluppo delle risorse umane nel contesto della sanità, saranno favoriti scambi internazionali di studenti, ricercatori e professionisti, nonché la permanenza presso i nostri istituti di figure altamente qualificate provenienti da altri Paesi, evitando nel contempo fenomeni di "fuga" verso altri Paesi, in collaborazione con la Presidenza, a partire dalla rete delle alleanze bilaterali e del WRF.. Proseguirà la collaborazione con le strutture del SSR, sulla base di esperienze già condotte a Niguarda, integrando la formazione offerta nell'ambito del progetto nazionale "Mattone Internazionale", affinché svolgano attività preparatorie ad un efficace posizionamento sul mercato internazionale delle cure, sulla base delle rispettive eccellenze e capacità di offerta.

Il sistema “a rete di funzioni di alta media e bassa complessità delle cure” delle strutture e dei servizi costituisce un passaggio qualificante e in grado di garantire omogeneità e flessibilità territoriale per le attività di diagnosi e di cura. Esso favorisce la diffusione di conoscenze tra i professionisti, permettendo loro di indirizzarsi verso le opzioni terapeutiche più appropriate e consente al paziente di accedere a percorsi di cura e assistenziali standardizzati e di elevata qualità. Tra gli obiettivi di sistema connessi all’implementazione delle reti è preminente la definizione di livelli clinico-organizzativi delle U.O. e il loro inserimento nei percorsi di gestione del paziente acuto e post-acuto.

Il percorso di Regione Lombardia in ambito di reti di patologia proseguirà verso una estensione quali-quantitativa dell’esistente e verso un ulteriore ampliamento delle patologie coinvolte, tenendo sempre presente che le reti sono un meccanismo di integrazione forte per migliorare l’appropriatezza degli interventi e l’efficienza gestionale e organizzativa delle aziende sanitarie.

- **Progetto ROL-3** - coordinato dalla Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori di Milano, sarà esteso con l’opportunità di fruire della piattaforma delle strutture sanitarie regionali aderenti in contesti di ricerca d’avanguardia. Particolare attenzione sarà posta alla gestione globale del paziente anche in fase avanzata di malattia rendendo sinergiche tutte le componenti sanitarie, socio sanitarie, e sociali individuate ed operative secondo matrici di responsabilità che costituiscono l’indispensabile rete attorno al paziente oncologico. La rete oncologica sarà la prima ad essere valutata rispetto agli indicatori di integrazione forte realizzati (commissioni, dipartimenti, servizi comuni, protocolli condivisi, convenzioni per collaborazioni professionali, sistemi informativi integrati, coinvolgimento dei volontari, campagne di comunicazione, pubblicazioni, ecc.) e del loro impatto (misurazione) in termini di vantaggio economico e organizzativo delle aziende sanitarie e di soddisfazione e partecipazione dei pazienti, cittadini, comunità. *Indicatore: evidenza dell’adozione di meccanismi di integrazione e della valorizzazione anche economica derivante dagli stessi.*
- **Cure Palliative e Terapia del Dolore** Le principali linee d’azione si svilupperanno nell’ottica di favorire l’attuazione della L. 38/2010 tenendo conto dei lavori degli specifici gruppi di approfondimento tecnico regionali al fine di individuare proposte operative con particolare riferimento alla definizione di criteri e livelli di articolazione delle specifiche reti, la definizione, condivisione e monitoraggio dei percorsi e la promozione di specifici programmi regionali di formazione rivolti a professionisti e volontariato
Indicatore: delibera regionale di formale istituzione delle Reti; presa in carico sulla scala di azienda di almeno il 75% dei pazienti oncologici, di cui il 20% in ODCP.
- **Cardio Cerebro Vascolare** La Direzione Generale Sanità con Decreto n. 10446 del 15/10/2009 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 Lombardia è un’area pilota sia per la definizione dei criteri di riconoscimento delle strutture dedicate all’ictus cerebrale (Stroke Unit o Unità di Cura Cerebro- Vascolari), 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. A tal fine sarà dedicata una sperimentazione nella provincia pavese.

Indicatore: adesione attiva del 100% delle cardiologie e UTIC regionali; evidenza della stesura di specifici accordi locali integrati per il 100% delle strutture in accordo con ACEU/AREU. Adesione attiva del 100% delle stroke unit regionali; evidenza della stesura di specifici accordi locali integrati per il 100% delle strutture in accordo con ACEU/AREU; gestione in ospedalizzazione domiciliare o telesorveglianza domiciliare del 20% dei pazienti suscettibili per PTS e POD; adesione e realizzazione del progetto sperimentale della rete per il paziente con ICTUS (PS integrato/stroke, neurochirurgia, riabilitazione e domicilio) che coinvolge tutte le strutture della provincia pavese.

- **Nefrologica Lombarda (ReNe)** L'evoluzione della rete prevista per il 2012 comprenderà l'adesione di tutte le strutture sanitarie e il perfezionamento della infrastruttura tecnologica a supporto della rete e della implementazione del nuovo registro dialisi e trapianto, realizzato nell'ambito dei servizi attivati nel sistema SISS. *Indicatore: formalizzazione del rinnovo della convenzione con l'Ente attuatore e adesione attiva di tutte le strutture al nuovo registro.*
- **Ematologica Lombarda (REL)** È prevista nel 2012 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. *Indicatore: formalizzazione del rinnovo della convenzione con l'Ente attuatore. Affiliazione delle strutture ai diversi livelli della rete e accettazione dei PDT per mielomi, mielodisplasie, linfomi e LMC.*
- **Emergenza Urgenza** – Per il funzionamento delle reti Urgenza-Emergenza e Cardiocerebrovascolare si evidenzia il fabbisogno di integrazione delle attività svolte dalle Aziende per rispondere adeguatamente alle richieste di soccorso. Per assicurare la continuità assistenziale e uniformità di comportamenti, Regione coordinerà la progettazione e la valutazione dell'integrazione di percorsi di soccorso, di attività e di personale di A.O., ASL e AREU. *Indicatore: realizzazione di meccanismi di integrazione (di percorsi, di attività, di risorse ad es. personale) per i servizi di soccorso.*
- **Trauma** - Lo specifico GAT elaborerà nel 2012 LLGG relative alla gestione del trauma maggiore, della chirurgia della mano, definendo criteri per l'organizzazione dei livelli della rete, anche in previsione dell'EXPO 2015. *Indicatore: identificazione sul territorio regionale delle strutture corrispondenti ai diversi livelli della rete.*
- **Neonatalogica Lombarda** Si conferma lo sviluppo di un sistema di rete per le rianimazioni neonatali 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. *Indicatore: identificazione sul territorio regionale delle strutture corrispondenti ai diversi livelli della rete.*
- **Screening Audiologico Neonatale** – considerato che ad oggi circa l'85% dei nuovi nati è sottoposto in Regione Lombardia a delle valutazioni audiologiche precoci e tenuto conto dei vantaggi significativi che una diagnosi precoce di sordità porta per l'individuo in termini di salute e di non invalidità, si stabilisce che nel 2012 queste attività siano strutturate ed organizzate in una logica organica e che almeno il 95% dei nuovi nati siano sottoposti a questo screening. I dettagli operativi saranno definiti entro il mese di gennaio 2012 con specifico atto della Direzione Generale Sanità nel rispetto delle seguenti linee di indirizzo:
 - a. viene individuato centro di coordinamento delle attività l'A.O. ICP di Milano;

b. l'acquisizione delle tecnologie necessarie per la diagnostica e la gestione informatizzata del processo avverrà tramite procedura ad evidenza pubblica centralizzata a livello regionale.

- **Screening neonatale per le patologie visive**
sulla base dei risultati degli studi già avviati presso strutture sanitarie regionali, verrà valutata, da parte del GAT competente con il coinvolgimento di clinici specialisti e dei pediatri di libera scelta, la possibilità di avviare un programma di **Screening neonatale per le patologie visive** nell'ottica di una prevenzione corretta ed integrata (in campo neonatale e pediatrico), attraverso protocolli condivisi.
- **BPCO e insufficienza respiratoria** - Verrà promossa *l'implementazione di specifici PDTA* relativi alle riacutizzazioni e alla ventilazione terapia meccanica. *Indicatore: identificazione sul territorio regionale delle strutture corrispondenti ai diversi livelli della rete; gestione in tele sorveglianza domiciliare del 20% dei pazienti suscettibili*
- **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. *Indicatore: realizzazione di specifica progettualità.*
- **Gastroenterologica Lombarda** - L'evoluzione della rete prevista per il 2012 comprende la sperimentazione presso alcune strutture sanitarie del percorso degli interventi ospedalieri urgenti. *Indicatore: identificazione sul territorio regionale delle strutture corrispondenti ai diversi livelli della rete.*
- **Procreazione Medicalmente Assistita (PMA)** E' prevista per il 2012 *l'implementazione della infrastruttura tecnologica nelle strutture coinvolte* nella prima fase sperimentale del progetto. *Indicatore: implementazione della infrastruttura tecnologica nelle strutture coinvolte nella fase sperimentale del progetto.*
- **Donazione e Trapianto** - Si conferma l'importanza che il sistema trapianti riveste per il Servizio Sanitario Regionale, in continuità con gli indirizzi definiti e le azioni intraprese negli scorsi anni. In particolare, si fa riferimento alle iniziative di supporto ai Coordinatori Locali e di formazione del personale medico e sanitario coinvolti nel processo di donazione e prelievo: la prosecuzione degli incontri di audit con i Coordinamenti Locali e con tutte le Aziende Ospedaliere per esaminare le criticità e programmare iniziative di miglioramento e sostegno; *Indicatore: mantenimento donatori segnalati nell'anno precedente; donatori di cornee superiore o eguali al 10% dei decessi in ospedale; donatori tessuti ossei da vivente superiore o eguale al 10% delle protesi impiantate in elezione; utilizzo del programma Donor Action/Donor Manager da parte di tutte le strutture per assolvere al debito informativo; realizzazione del programma di formazione;*
- **Diabete** - nel corso del 2010 e 2011 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. *Indicatore: formalizzazione dei PDTA di gestione integrata sia a livello di Asl sia di erogatore; appropriata presa in carico del paziente diabetico e riduzione del 20% dei ricoveri per diabete.*
- **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 2010-11 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 (anche tenendo conto di una sperimentazione che coinvolga MMG, medici di CA e medici specialisti), ritenuto elemento chiave a garanzia della appropriatezza ed efficacia degli interventi. La *formalizzazione del documento* sarà di indirizzo per le strutture di ricovero. *Indicatore: adesione attiva del 100% delle strutture regionali*

- **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 è stato formalizzato il documento d'indirizzo e nel 2012 verranno attivati, in collaborazione con Eupolis, percorsi formativi specifici per le figure di riferimento all'interno delle aziende sanitarie. *Indicatore: attivazione di specifici percorsi aziendali di gestione del paziente con sepsi.*
- **Nutrizione Artificiale Domiciliare (NAD)** - nel corso del 2012 saranno formalizzate linee di indirizzo regionale per la gestione del paziente in NAD, che 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. *Indicatore: formalizzazione del documento.*
- **Terapia Antitrombotica Orale (TAO)** - La Regione promuove nel 2012 percorsi diagnostico-assistenziali 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. *Indicatore: formalizzazione di LLGG e indirizzi regionali.*
- **HPH Rete HPH (Health Promoting Hospital)** Nel 2012 *proseguirà l'attuazione del progetto "Rete HPH"* e la progettazione di un *nuovo programma triennale* teso a sostenere e a rafforzare questa politica. *Indicatore: rinnovo accordo triennale.*
- **Percorsi di accoglienza ospedaliera per persone fragili** -- 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 morbilità, 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'AO San Paolo in Milano e Progetto Delfino presso l'AOC. Poma in Mantova – nel 2012 sarà attuata la rete delle strutture ospedaliere che attuano specifici percorsi di accoglienza e gestione del paziente disabile. *Indicatore: realizzazione di specifiche progettualità in ogni ASL*
- **Medicina Complementare** - nella logica dell'attenzione al cittadino nel 2012 *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. *Indicatore: attivazione dei progetti.*
- **Medicina di genere** – nel 2012 promuoverà iniziative per approfondire questa tematica.

Nell'ottica dell'integrazione degli attori del Servizio Sanitario Regionale l'attenzione si concentrerà sui meccanismi di governo delle reti composta dal sistema di funzioni delle aziende sanitarie pubbliche e private.

- **Commissione Oncologica** – le attività previste per il 2012 saranno finalizzate a realizzare progetti esecutivi del nuovo Piano Oncologico Regionale, realizzazione e accreditamento nazionale dei Registri Tumori delle ASL e della banca dei tessuti oncologici e traslare le indicazioni delle sottocommissioni in proposte operative per il sistema regionale: diagnostica molecolare avanzata, prevenzione e diagnosi precoce, anatomia patologica, radioterapia, cure palliative, volontariato e terzo settore in oncologia, appropriatezza, qualità e costi in chirurgia, formazione e comunicazione, ricerca e innovazione. *Indicatore: realizzazione del Piano esecutivo annuale; valutazione in ogni DIPO dei percorsi di gestione del paziente affetto da neoplasia (ad es. tumori della mammella, del colon-retto, del polmone, della prostata), realizzazione in ogni DIPO di una campagna di comunicazione sulla umanizzazione dell'assistenza al paziente oncologico in collaborazione con i volontari e le associazioni di riferimento.*
- **Commissione cardio cerebro vascolare** - La programmazione in campo cardiocerebrovascolare è indirizzata dal Piano Cardio Cerebro Vascolare, approvato con DGR n. VII/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 2012 saranno intraprese iniziative per la proposta di un aggiornamento del Piano. *Indicatore: formalizzazione dell'aggiornamento del Piano Cardiocerebrovascolare*
- **Sistema Trasfusionale 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, e associazioni di volontariato – garantisce alla nostra Regione piena autonomia a supporto delle attività delle strutture sanitarie. Regione Lombardia si pone l'obiettivo di realizzare il Sistema Sangue Regionale nel rispetto delle indicazioni programmatiche regionali e nazionali. A tal fine si rende necessario procedere all'adozione, con legge, del nuovo Piano Sangue Regionale nel rispetto di quanto previsto dalla l.r. 33 del 2009. Regione Lombardia conferma le risorse previste per l'anno 2011 e promuove altresì, in attuazione della normativa nazionale e regionale, azioni finalizzate a garantire nelle strutture trasfusionali un elevato livello di qualità e sicurezza con particolare riferimento ai requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici delle attività sanitarie dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta previsti dall'accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 16 dicembre 2010. *Indicatore: riorganizzazione del sistema sangue regionale, realizzazione del piano annuale di programmazione e compensazione di unità di sangue, emocomponenti ed emoderivati, adozione di un sistema integrato di indicatori di efficienza ed efficacia per il monitoraggio del sistema sangue regionale*
- **Ospedale-Territorio** – Si svilupperanno sistemi operativi, con il supporto dell'informatizzazione e della telemedicina, per l'integrazione dei percorsi di presa in carico dei pazienti,

- CREG: un sistema per la gestione della cronicità.
- EUOL: un sistema per la gestione delle emergenze -urgenze
- SiCura: un sistema per la gestione sub-acuti.

Proseguiranno i percorsi di teleconsulto specialistico al MMG nelle aree disagiate e/o montane e i percorsi di teleconsulto su immagini e di controllo in remoto di pacemaker.

Indicatore: realizzazione di specifiche progettualità

- **Fondazione Regionale per la Ricerca Biomedica** - Con deliberazione n. 2203/2011 la Regione ha costituito la Fondazione, denominata “Fondazione Regionale per la Ricerca Biomedica” e nel 2012 si propone di promuovere, coordinare e sostenere, nell’ambito territoriale della Regione Lombardia: - lo studio, la ricerca, la conoscenza, l’innovazione nel settore scientifico con particolare riguardo alla farmacologia molecolare; - lo sviluppo tecnologico nei campi applicativi della produzione, la distribuzione ed utilizzazione di farmaci, in collaborazione strategica delle aziende del settore, - la ricerca scientifica finalizzata all’applicazione di nuove metodologie per la prevenzione, diagnosi e cura di forme patologiche.

Indicatore: presentazione di un programma operativo.

Infine, per sviluppare le iniziative di innovazione e integrazione, nel 2012 la Regione disporrà di una previsione di risorse pari a € 4.000.000, per promuovere progetti indipendenti di ricerca, sperimentazione e prototipizzazione per innovazione di prodotti e processi in ambito sanitario, proposti dalle Aziende Ospedaliere e dagli IRCCS pubblici e privati accreditati della Regione Lombardia.

Sperimentazione clinica dei farmaci e presidi medico-chirurgici e studi osservazionali

i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali, delle Aziende Ospedaliere, degli IRCCS/Fondazioni, sono impegnati a realizzare interventi riorganizzativi isorisorse mirati ad identificare personale amministrativo e sanitario a cui verranno affidati seguenti compiti:

- supportare le attività del Comitato etico al rispetto delle disposizioni vigenti (D.Lgs. 24 giugno 2003 n.211, art.7; Circolare interpretativa AIFA 23 maggio 2011; DGR 3780/2006, DGS n.27931 del 21/11/2001, DGS n.11960 del 13/04/2004) in materia di sperimentazioni cliniche e studi osservazionali; il Comitato Etico darà espressione al proprio parere entro e non oltre il termine di 60 giorni, con l’obiettivo di una riduzione a 45 giorni entro l’anno 2012.
- provvedere con la massima efficacia ed efficienza a tutte le procedure amministrative volte alla stipula del contratto con il promotore della sperimentazione entro e non oltre il termine di 15 giorni dal parere del comitato etico;
- svolgere attività di monitoraggio sullo svolgimento della sperimentazione secondo il timing e le modalità definite nel protocollo sperimentale.

- trasmettere report periodici di aggiornamento alla propria direzione Generale sull'andamento dei lavori delle sperimentazioni cliniche nelle loro diverse fasi (sia che esse siano in corso di valutazione al Comitato Etico, in fase di stipula contratto o in fase di svolgimento); questo per permettere il corretto svolgimento delle sperimentazioni.

Entro tre mesi dall'adozione della presente delibera le aziende sanitarie dovranno trasmettere all'Assessorato alla Sanità il flusso delle sperimentazioni in atto, oltre alla proposta del programma annuale delle sperimentazioni che dovrà svilupparsi previa autorizzazione politica dell'Assessorato sulle 14 macroaree identificate dal Quality Network delle Ricerche cliniche –traslazionali delle Facoltà Mediche Lombarde (1.Endocrinologia e malattie metaboliche; 2.Immunologia; 3. Ematologia; 4. Gastroenterologia; 5. Infettivologia; 6. Materno-infantile; 7. Oncologia; 8.Neuroscienze; 9. Genetica; 10. Cardiocerebrovascolare; 11.Terapie cellulari; 12.Tecnologie biomediche; 13.Respiratorio; 14. Ambiente, salute, lavoro). L'Assessorato si pronuncia entro 15 giorni dal ricevimento di tale proposta.

L'attuazione di quanto previsto dai punti precedenti costituisce elemento di valutazione dei Direttori Generali.

E' ritenuto strategico, per le politiche regionali, consolidare la relazione tra il sistema sanitario in rete ed il sistema industriale, con la governance dell'Assessorato, al fine di sostenere la competizione nazionale ed internazionale, incrementando la possibilità di accedere a fondi finalizzati di programmi di ricerca, facilitare il trasferimento delle competenze e delle conoscenze per favorire un aumento complessivo della qualità del sistema. L'Assessorato Regionale alla Sanità favorirà il dialogo attivo tra i due sistemi (sanitario ed industriale) su tematiche di reciproca utilità ed impegno, attraverso la stesura di accordi di sviluppo tecnologico con industrie chimico-farmaceutiche, biomedicali, tecnologiche e con tutte quelle ad alto impatto di sviluppo per la migliore risposta al fabbisogno di salute. A tal fine verrà aggiornato quanto definito nella DGR VIII/6289 del 21.12.2007 "Determinazioni in ordine alla promozione della ricerca e dell'innovazione in campo sanitario: schema tipo di accordo con soggetti privati" in base alle strategie e alle direttive di politica sanitaria definite nel Piano Socio Sanitario Regionale 2010-2014 per favorire lo sviluppo di sinergie coordinate finalizzate all'adozione di programmi di ricerca cofinanziati sui quali convergeranno gli interessi delle parti.

Allegato 7

Edilizia Sanitaria

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

In continuità con l'anno 2011, si conferma, riguardo le scelte strategiche delle A.O. e A.S.L. quanto contenuto nella D.G.R. n. IX/937 del 1° dicembre 2010. In particolare, si evidenzia che dall'anno 2012 la validazione preventiva di varianti, l'autorizzazione all'uso di ribassi d'asta o al riutilizzo di economie per gli interventi di edilizia sanitaria, fermo restando le procedure e le relative necessaria documentazione già stabilite con D.G.R. n. IX/937 del 1° dicembre 2010, darà esito positivo solo se:

- gli interventi proposti risulteranno coerenti ed indispensabili al raggiungimento degli obiettivi degli Accordi di Programma, qualora siano finanziati nell'ambito di Programmi d'investimento ex art. 20 legge 67/1988;
- gli interventi proposti, nell'ambito dei progetti autorizzati e finanziati con risorse Regionali, saranno finalizzati al completamento e/o al miglioramento dell'opera autorizzata o finalizzati ad interventi di messa a norma e/o in sicurezza del presidio ospedaliero.

Per le varianti progettuali in corso d'opera restano confermati gli indirizzi contenuti nelle Circolari della Direzione Generale Sanità richiamate nella D.G.R. n. IX/937 del 1° dicembre 2010.

In merito alla richiesta di validazione di variante si precisa che la relazione illustrativa generale sintetica, a firma del Responsabile Unico del Procedimento e del Direttore Generale, che inquadra la proposta di variante, secondo la normativa vigente in materia, dovrà evidenziare oltre a quanto già previsto dalla D.G.R. n. IX/937 del 1° dicembre 2010 anche i seguenti elementi:

- l'eventuale introduzione di nuovi servizi;
- l'eventuale modifica organizzativa di servizi esistenti;
- l'eventuale acquisizione di alte tecnologie innovative.

La documentazione, inoltre, dovrà essere corredata da elaborati grafici che individuino le modifiche proposte rispetto al progetto originario approvato (tavole comparative in scala 1:100/1:200).

Per quanto attiene alla funzionalità degli interventi di edilizia sanitaria si ribadisce quanto già previsto dalla DGR n. IX/2057 del 28 luglio 2011 ed in particolare i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie devono garantire che il Quadro Tecnico Economico di progetto comprenda i necessari arredi e attrezzature che rendono l'intervento funzionale e funzionante, ed inoltre che l'eventuale diminuzione di tali voci a favore di quelle relative ad opere e/o spese tecniche è rinviata alla responsabilità del Direttore Generale e le ulteriori risorse che si rendessero necessarie per il completamento del parco tecnologico e di arredi e attrezzature sono a totale carico dell'Azienda.

Il mancato rispetto di quanto sopra rappresenta presupposto ai fini dell'attuazione di quanto contenuto nell'art. 21 della legge regionale n. 33/2009.

Per gli interventi di edilizia sanitaria per i quali vi sia un co-finanziamento dell'Azienda Sanitaria, si precisa che:

- l'Azienda deve assicurare la propria quota di finanziamento e riportare, nel provvedimento di approvazione del progetto, l'esercizio di competenza del bilancio aziendale;
- qualora la Stazione Appaltante per la realizzazione dell'intervento sia la Società Regionale Infrastrutture Lombarde S.p.A e qualora sia ritenuto necessario lo scorporo dal Quadro Tecnico Economico delle somme relative ad opere propedeutiche (alle opere principali), trasferimenti e arredi e attrezzature (necessari per le aree di intervento), da realizzarsi direttamente a cura dell'Azienda Sanitaria, quest'ultima, in accordo con la Società Regionale stessa, deve assicurare la copertura finanziaria di tali attività all'interno del Quadro Tecnico Economico, in primo luogo, a valere sulla quota di co-finanziamento aziendale, se prevista e sufficiente alla copertura finanziaria di tali attività, ed in secondo luogo attraverso la quota di finanziamento statale/regionale.

Non è soggetto ad autorizzazione il riassetto dei Quadri Tecnici economici conseguente all'entrata in vigore della legge n. 148 del 7 settembre 2011 di conversione del D.L. n. 138 del 13 agosto 2011, con innalzamento dell'aliquota ordinaria dell'I.V.A. dal 20% al 21%. Le quote per la copertura dell'incremento IVA andranno reperite tra le quote accantonate alla voce "imprevisti" e/o nelle economie derivanti da ribasso d'asta, senza necessità di autorizzazione preventiva, all'interno del Quadro Tecnico Economico approvato dalla D.G. Sanità. Sarà cura del Responsabile del Procedimento trasmettere il Quadro Tecnico Economico assestato alla D.G. Sanità ai fini delle successive liquidazioni.

Per le opere di edilizia sanitaria realizzate in regime di Project Finance e/o concessione di costruzione e gestione (ex art. 143 e ex art. 153 del Codice dei Contratti Pubblici) rimane confermato quanto già stabilito dalla D.G.R. n. IX/937 del 1° dicembre 2010 con la precisazione che qualora l'Azienda Sanitaria, intenda apportare variazioni ai presupposti o condizioni di base del Contratto di concessione che comportino modifiche dei canoni, dei servizi e/o proroghe del termine di scadenza della concessione stessa, deve essere inoltrata istanza, corredata dal Piano Economico Finanziario originario, dalle sue successive modifiche e dalla proposta di nuovo riequilibrio, all'Assessorato alla Sanità (Servizio Economico-Finanziario ed Edilizia Sanitaria) e alla Direzione Centrale Programmazione Integrata della Presidenza al fine di ottenere la validazione.

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. 14/01/1997 e DGR 38133/1998.

Per la realizzazione degli interventi di edilizia sanitaria per i quali è Stazione Appaltante la Società Regionale Infrastrutture Lombarde S.p.A., la stessa dovrà attivare le procedure relative alla validazione preventiva di varianti, l'autorizzazione all'uso di ribassi d'asta o al riutilizzo di economie per gli interventi di edilizia sanitaria stabilite dalla D.G.R. n. IX/937 del 1° dicembre 2010 e modificate dalla presente deliberazione.

In particolare la Società Regionale dovrà dare comunicazione all'Azienda Sanitaria interessata dall'intervento e alla Regione Lombardia – Direzione Generale Sanità dell'entità economica dell'eventuale ribasso d'asta conseguito in sede di gara e, all'occorrenza, dell'eventuale esigenza

per l'utilizzo di parte o del totale di tale ribasso/economia, nonché delle eventuali minori spese sostenute; la validazione di cui alla D.G.R. n. IX/937 del 1° dicembre 2010, nel pieno rispetto delle finalità specificate nella presente deliberazione, si intende perfezionata a seguito di comunicazione formale da parte della Direzione Generale Sanità previa obbligatoria acquisizione di parere formalmente espresso dall'Azienda Sanitaria interessata dall'intervento.

Per gli interventi cosiddetti migliorativi nel limite del 5% dell'importo contrattuale, di competenza esclusiva del Responsabile Unico del Procedimento che li approva secondo la disciplina vigente in materia, si conferma quanto contenuto nella D.G.R. n. IX/937 del 1° dicembre 2010.

Patrimonio Culturale

In merito all'applicazione della Legge 29.07.1949 n. 717 riguardante il 2% del valore delle opere pubbliche da destinare a beni artistici e alle DGR VIII/8852/2008 e DGR VIII/10167/2009 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.

Considerato, però, che all'art. 3 comma 6 della L. 392/88 viene specificato che l'art.1 della L.717/1949 non si applica agli interventi previsti dall'art. 20 L. 67/88 (programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia del patrimonio sanitario) e dall'art.1 L. 135/90, ne consegue che l'applicazione dell'art. 1 della norma di cui sopra, secondo la quale le Regioni e tutti gli altri enti pubblici che provvedano all'esecuzione di nuove costruzioni di edifici pubblici devono destinare all'abbellimento di essi mediante opere d'arte una quota non inferiore alla percentuale massima del 2 % della spesa prevista nel progetto, non può essere applicato alle opere di Edilizia Sanitaria indipendentemente dalle fonti di finanziamento.

Tuttavia, al fine di definire specifici e uniformi criteri per l'applicazione dell' art. 1 della L. 717/1949 negli interventi di Edilizia Sanitaria e per confermare l'interesse regionale in materia viene stabilito che:

1. l'art.1 della L. 717/1949 si applicherà a tutti gli interventi di Edilizia Sanitaria che siano finanziati da Regione Lombardia e dagli altri enti pubblici del sistema ai sensi dell'art. 1, comma 1 della L.R. 30/2006, e la quota massima del 2% dovrà essere calcolata sul valore delle opere a base d'asta e comunque fino ad un importo massimo di 1.000.000,00 di euro.
2. l'art.1 della L. 717/1949 si applicherà a tutti gli interventi di Edilizia Sanitaria che siano finanziati anche solo parzialmente con fondi statali di cui all'art. 20 L. 67/88 con la seguente modalità: il calcolo del valore massimo del 2% si applicherà esclusivamente al 5% dell'importo complessivo del progetto (che corrisponde alla quota obbligatoria di cofinanziamento regionale) ad esclusione della quota del privato e comunque fino ad un importo massimo di 1.000.000,00 di euro.

Si precisa altresì che tale procedura viene attivata dalla data di approvazione della presente deliberazione, mantenendo il calcolo della percentuale massima del 2% sull'intero importo del progetto per gli interventi, in accordo con l'assessorato alla sanità per reciproca utilità, per i quali sia già in atto la gara di concorso prevista dalla DGR VIII/10167/2009.

Allegato 8

Internazionalizzazione del Sistema Sanitario Lombardo

Definizione e finalità

Al fine di contribuire ad innovare e qualificare il Sistema Sanitario Lombardo e a rendere attrattiva e competitiva la Lombardia, promuovendone l'immagine nel mondo, va sviluppata l'assunzione di una dimensione internazionale del Sistema stesso, attraverso il coinvolgimento del settore sanitario in tutte le sue componenti, e degli attori della Ricerca e Sviluppo ad esso correlati. I sistemi sanitari sono infatti sempre più esposti alle trasformazioni e alle influenze internazionali non solo attraverso i flussi della ricerca, della comunicazione e degli investimenti, ma anche nel contesto della mobilità internazionale dei cittadini per motivi di cura.

Due nuovi elementi di contesto per il 2012 sono dati in particolare da:

- la recente Direttiva 2011/24/UE (che va recepita entro il 2013), che promuove il diritto dei cittadini europei di farsi curare in uno Stato Membro diverso da quello di appartenenza, promuovendo tra l'altro la costituzione di "reti sanitarie europee".
- l'aggravarsi della crisi economico-finanziaria internazionale che pone problemi di sostenibilità delle cure a tutti i sistemi sanitari basati su principi di universalità e uguaglianza.

L'internazionalizzazione viene perseguita attraverso quattro ambiti principali:

- Cooperazione a favore di Paesi in Via di Sviluppo
- Progettazione europea
- Alleanze strategiche e networking
- Sviluppo di strategie di internazionalizzazione

1. Cooperazione allo Sviluppo

Obiettivi

Potenziamento e riqualificazione sostenibile dei servizi degli ospedali nei Paesi in via di Sviluppo o di Transizione, supporto alla loro riorganizzazione, e arricchimento professionale dei nostri operatori sanitari coinvolti nelle attività di cooperazione.

Ricovero di cittadini stranieri, prevalentemente in età pediatrica, che non possono essere trattati nel Paese di residenza.

Modalità di realizzazione

Con la governance dell'Assessorato alla Sanità vanno promossi ed attivati progetti di "gemellaggio" tra ospedali lombardi e strutture sanitarie nei Paesi in Via di Sviluppo, con la concessione di contributi pubblici, attraverso bando *ad hoc*.

Va promosso il trasferimento tecnologico sanitario e garantito il trasferimento ai Paesi in via di Sviluppo di beni dismessi dalle strutture sanitarie, in attuazione della Legge 10/2001.

Prevedere il varo di un bando a sportello per il ricovero di cittadini stranieri, prevalentemente in età pediatrica, che non possono essere trattati nel loro Paese a causa della mancanza di cure adeguate.

2. Progettazione Europea

Obiettivi

Promozione dell'attività di Ricerca ed Innovazione per lo sviluppo tecnologico del sistema sanitario regionale con la governance dell'Assessorato alla Sanità, nell'ambito di consorzi con realtà avanzate a livello internazionale, attraendo cofinanziamenti messi a tale scopo a disposizione dall'Unione Europea.

Partecipazione a progetti strategici per migliorare l'accesso e la continuità della cura, con particolare riferimento alla mobilità dei cittadini in Europa, e a specifici progetti di sanità pubblica.

Modalità di realizzazione

Si rinvia all'allegato 6 relativamente alla "Sperimentazione clinica dei farmaci, dei presidi medico-chirurgici, studi osservazionali e sviluppo tecnologico sanitario".

Con la governance dell'Assessorato alla Sanità vanno attivate procedure per il sostegno delle strutture sanitarie lombarde nell'acquisizione di progetti europei, anche attraverso forme di cofinanziamento regionale, sulla base di priorità strategiche per la politica sanitaria di Regione Lombardia.

Proseguire lo sviluppo di progetti strategici innovativi, cofinanziati dall'Unione Europea, con la sperimentazione nel sistema sanitario regionale dei servizi previsti.

Avviare fra le altre attività una rete transfrontaliera di ospedali nelle Regioni dell'Arco Alpino (progetto "ALIAS") i cui risultati andranno progressivamente integrati con le reti di patologia regionali, e dell'interoperabilità europea su elementi del Fascicolo Sanitario Elettronico (progetto "epSOS").

Partecipare alla "European Partnership Against Cancer", volta a consolidare azioni per la prevenzione e la cura del cancro nei Paesi europei.

3. Alleanze strategiche e Networking

Obiettivi

Apertura del Sistema Sanitario Lombardo a forme di *benchmarking* e scambi di *best practices* con i sistemi più avanzati, anche in relazione alla sostenibilità dei sistemi.

Progressione verso la creazione di una macro-area europea per lo sviluppo dei servizi e delle tecnologie sanitarie.

Modalità di realizzazione

Con la governance dell'Assessorato alla Sanità:

- Attivare alleanze sanitarie con Regioni e Paesi, per l'avvio nel sistema sanitario regionale di nuove iniziative e confronti tra le realtà sanitarie avanzate internazionali, con il coinvolgimento degli attori della Ricerca e Sviluppo.

- Finanziare accordi di partenariato tra aziende sanitarie lombarde e strutture omologhe in realtà avanzate, finalizzati allo scambio di conoscenze ed al confronto tra le *best practices*.
- Promuovere, tra i partners delle alleanze bilaterali già in essere, anche attraverso forme di cofinanziamento regionale, lo sviluppo di sistemi innovativi, anche di simulazione dei risultati previsti da azioni sanitarie o amministrative, finalizzati a supportare i processi decisionali da assumere a livello strategico, con il coinvolgimento degli operatori del SSR, dell'Università e delle industrie.
- Valorizzare, accanto alle alleanze bilaterali, le opportunità offerte dalla partecipazione della Lombardia a reti internazionali di Regioni, sviluppando anche il World Regions Forum.

4. Sviluppo di strategie di Internazionalizzazione

Obiettivi

Con la governance dell'Assessorato alla Sanità promuovere il Sistema Sanitario Lombardo (e gli attori della Ricerca e Sviluppo nel settore) sul mercato internazionale, ed incrementare il suo indice di attrazione da altri Paesi, esaltando le realtà di eccellenza esistenti.

Modalità di realizzazione

Rilevare per via informatica un quadro il più possibile completo e continuamente aggiornato sulle attività a dimensione internazionale delle strutture del SSR, la cui conoscenza e condivisione, consentirà di mettere gradualmente a sistema il notevole potenziale rappresentato da tali attività. L'opportunità di tale azione discende dalla ricognizione sui progetti internazionali delle strutture sanitarie effettuata nel 2010.

Proseguire la collaborazione con le strutture del SSR, attraverso gruppi di lavoro ad hoc ed interventi formativi, possibilmente integrati con la formazione offerta nell'ambito del progetto nazionale "Mattone Internazionale", affinché esse svolgano attività preparatorie ad un efficace posizionamento sul mercato internazionale delle cure, anche sulla base delle rispettive eccellenze e capacità di offerta. Si intende avviare inoltre, sulla base di esperienze già condotte a Niguarda, un percorso regionale per la valorizzazione della conoscenza e del know how specifici sviluppati presso le nostre strutture, affinché tale patrimonio sia evidenziato come risorsa in grado di produrre non solo innovazione per il miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure, ma, in prospettiva, anche effetti economici e di immagine, a livello nazionale e internazionale.

Curare forme di comunicazione della realtà del SSR verso l'estero.

Allegato 9

Indici di offerta – Negoziazione

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 il mantenimento dei predetti indici entro le tempistiche stabilite dal sopracitato Patto per la Salute.

Con il presente atto viene recepito il Piano Nazionale di Indirizzo per la Riabilitazione del 2010 e si da mandato alla DG Sanità di armonizzare le nuove indicazioni nazionali con le regole oggi vigenti in Regione Lombardia in ambito riabilitativo. Le determinazioni prese dal presente provvedimento in tema di Macroattività Ambulatoriali ad alta Complessità (MAC) portano le regole vigenti in Lombardia ad essere allineate con il sopracitato provvedimento nazionale e si ritiene che per implementare nel modo più efficace questi nuovi modelli organizzativi sia necessario, nel 2012, sospendere le attività autorizzative e di accreditamento in ambito riabilitativo sanitario di ricovero e cura.

In considerazione del sostanziale rispetto, nel corso dell'esercizio 2011, 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 2011, in modo significativo rispetto al 2010, secondo le previsioni espresse nella legge 33/09 all'art. 09 comma 10 (*"la Giunta regionale verifica annualmente, sulla base dei rapporti instaurati ai sensi del comma 5 il mantenimento degli indici programmati di fabbisogno sanitario"*), si ritiene che anche per l'anno 2012 debba permanere la sospensione della messa a contratto di nuove attività di specialistica ambulatoriale, ivi comprese le specialità di radioterapia, dialisi e medicina nucleare.

Nel corso del 2011 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 2012 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 essere oggetto di trasferimenti e di compensazioni all'interno di enti unici costituiti ai sensi della DGR VII/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.

Per le attività di ricovero e cura si conferma per i residenti lombardi una disponibilità complessiva di risorse da destinarsi alla contrattazione ASL erogatori pari a quella ridefinita con la DGR IX/2057 del 28 luglio 2011. Parimenti per le attività di specialistica ambulatoriale da destinarsi alla contrattazione si conferma la rimodulazione di risorse complessiva e di dettaglio per erogatore in considerazione dei maggiori introiti ticket legati alle determinazioni di cui alla Legge 111 del 15 luglio 2011.

Le attività cosiddette extrabudget che saranno remunerate ai soggetti erogatori a consuntivo e quindi non soggette a preventiva contrattazione tra le ASL e gli erogatori potranno registrare a livello complessivo di sistema per i ricoveri e la specialistica ambulatoriale un incremento fino ad un massimo di 25 milioni di euro.

Per quanto riguarda inoltre le risorse che saranno negoziate dalle ASL con gli erogatori per le attività di ricovero e cura si stabilisce che, nell'ambito delle risorse complessivamente definite nei termini sopra descritti, i contratti siano modulati sulla base delle valutazioni di performance di cui alla DGR IX/351 del 28 luglio 2010 "PRIME INDICAZIONI PER LA VALUTAZIONE PERIODICA DELLE PERFORMANCE DELLE STRUTTURE DI RICOVERO E CURA". Le modulazioni distribuiranno entro un range di 2 punti percentuali le risorse negoziate prevedendo quanto segue:

1. risorse pari a quelle rimodulate per l'anno 2011 sulla base delle indicazioni della DGR IX/2057 del 28 luglio 2011;
2. risorse pari a quelle originariamente previste per l'anno 2011 senza le riduzioni di cui alla DGR IX/2057 del 28 luglio 2011;
3. risorse ridotte di un punto percentuale rispetto alle risorse pari a quelle rimodulate per l'anno 2011 sulla base delle indicazioni della DGR IX/2057 del 28 luglio 2011.

Si rileva che negli ultimi anni dal punto di vista epidemiologico e di distribuzione dei servizi tra le diverse tipologie di erogatori le principali attività sanitarie hanno raggiunto un equilibrio consolidato. Questa evidenza si accompagna alla necessità di completare, in ottemperanza alle

recenti specifiche normative nazionali e regionali, gli adempimenti legati ad un ulteriore potenziamento della erogazione dei servizi in modalità alternative alla degenza tradizionale. Al fine di permettere nel corso del 2012 un'implementazione omogenea ed organica di queste nuove modalità di erogazione dei servizi in un quadro stabile di distribuzione delle risorse si stabilisce che per le attività cosiddette extrabudget, fatto salvo il predetto incremento massimo possibile di sistema, nessun soggetto erogatore possa incrementare queste attività più del 5% rispetto a quanto effettuato nel 2011, per le risorse legate gli incrementi tariffari di cui alla Legge Regionale 7/2010 le attribuzioni del 2012 abbiano la stessa ripartizione registrata nel 2011 tra gli erogatori di diritto pubblico e quelli di diritto privato, per le risorse dei farmaci rendicontati con il File F (tipologie 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 14), fatto salvo l'incremento massimo di sistema del 9%, nessun soggetto erogatore nel 2012 possa incrementare di più del 12% le richieste di rimborso per le predette voci di File F rispetto al 2011.

Per quanto riguarda il rimborso ai soggetti erogatori delle attività di ricovero effettuate a favore di pazienti extraregionali si conferma quanto stabilito dalla DGR IX/2057 del 28 luglio 2011 e si resta in attesa di conoscere quali saranno le determinazioni che la conferenza Stato Regioni e Province Autonome adotterà nel merito della TUC (tariffa unica convenzionale) che sarà adottata presumibilmente entro il 30 Aprile 2012 per l'esercizio 2012 e per la quale Regione Lombardia sta chiedendo delle specifiche integrazioni relativamente ad alcune rilevanti tipologie di endoprotesi.

Si rileva inoltre che, sulla base dei dati rendicontati nel corso degli ultimi 5 mesi del 2011 relativi alle attività che nel 2012 verranno effettuate nella nuova macroattività ambulatoriale ad alta complessità ed integrazione (MAC), per ciascun soggetto erogatore verranno quantificate le risorse che passano dalle attività di ricovero e cura a quelle di specialistica ambulatoriale le quali saranno soggette, nei casi previsti, a compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini così come lo saranno anche le attività di chirurgia ambulatoriale a bassa complessità operativa ed assistenziale sulla base delle indicazioni date in merito dalla DGR IX/2057 del 28 luglio 2011.

La definizione del budget per l'anno 2012 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 2012, 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 33/09.

Si conferma quindi che, per l'anno 2012, 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.

Le previsioni di cui all'art. 1 comma 796 lettera O della Legge n. 296/06 troveranno applicazione nel 2012 in Regione Lombardia, così come già stabilito al punto del 3 deliberato della DGR VIII/4239 del 28/02/2007, 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 DGR VIII/10077 del 07/08/2009, 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 2012, che hanno iniziato le attività nel corso del 2011 o potranno riattivare nel corso del 2012 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 2011.

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 2012:

1. in regime di specialistica ambulatoriale:

- a. le prestazioni di dialisi e di radioterapia già individuate con la DGR VII/19688 del 3 dicembre 2004 e con la DGR VIII/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 DGR VIII/9173 del 30/03/2009.
- c. Le attività di chemioterapia che saranno effettuate in regime di MAC

2. in regime di ricovero e cura:

- le prestazioni relative ai DRG chirurgici con diagnosi principale di Neoplasia Maligna già individuate con la DGR VII/19688 del 3 dicembre 2004;
- le prestazioni relative ai ricoveri per solo impianto di protesi della mammella in seguito ad asportazione per quadrantectomia o mastectomia di tumore maligno, codificati secondo le modalità previste dall'Allegato A della DGR n. IX/2057 del 28 luglio 2011 (identificati dal codice V52.4 in diagnosi principale);

- le prestazioni relative ai DRG chirurgici con diagnosi principale di Neoplasia Benigna 225XX, 2273, 2274, 2374, 2375, 2376, 23770, 23771, 23772, 2379, 22802, 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 2012 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 DGR VIII/3776 del 13 dicembre 2006. Per quanto riguarda la problematica relativa alle sindromi coronariche acute (SCA) – già evidenziata nella DGR VIII/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 2011 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 abbiamo avuto in atto nel giorno della loro accettazione postumi di mielolesione 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 2011 terminano con la fine dell'esercizio stesso) si danno le seguenti indicazioni:

- Siglare entro il 31-12-2011 i contratti per l'esercizio 2012 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 2011; 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 2011.
- Definire entro il 31.03.2012 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, fermo restando quanto stabilito con DGR n. IX/2057/2011, in particolare al punto 24 del deliberato.

Ciò in quanto la chiusura entro il 15 febbraio 2012 dell'esercizio 2011 permetterà:

1. per le attività ambulatoriali:
 - di calcolare per ogni struttura il finanziamento 2011, comprensivo della quota calcolata applicando le regole contrattuali;
 - lo stesso finanziamento integrato del valore stimato della MAC, al netto del valore delle attività extrabudget, portato al 95%, a cui sarà sottratta la stima del valore della quota aggiuntiva di ticket introdotta dalla legge nazionale 111/2011 riferita al periodo in cui nel 2011 il ticket stesso non era in vigore (gennaio – metà luglio), costituirà la quota di risorse minime pre - assegnate per il 2012.

- le ASL avranno a disposizione 2 punti percentuali delle risorse finanziate per il 2011 alle singole strutture che saranno attribuiti esclusivamente 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 legali delle strutture erogatrici di cui alla DGR VI/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 2012.

2. Per le attività di ricovero e cura i contratti sono adeguati in riduzione considerando le risorse che nel 2012 passano dal ricovero e cura alla specialistica ambulatoriale (MAC) e sono modulati sulla base delle valutazioni di performance di cui alla DGR IX/351 del 28 luglio 2010 "PRIME INDICAZIONI PER LA VALUTAZIONE PERIODICA DELLE PERFORMANCE DELLE STRUTTURE DI RICOVERO E CURA". Le modulazioni distribuiranno entro un range di 2 punti percentuali le risorse negoziate prevedendo quanto segue:

1. risorse pari a quelle rimodulate per l'anno 2011 sulla base delle indicazioni della DGR IX/2057 del 28 luglio 2011;

2. risorse pari a quelle originariamente previste per l'anno 2011 senza le riduzioni di cui alla DGR IX/2057 del 28 luglio 2011;
3. risorse ridotte di un punto percentuale rispetto alle risorse pari a quelle rimodulate per l'anno 2011 sulla base delle indicazioni della DGR IX/2057 del 28 luglio 2011.

La DG Sanità, sulla base delle valutazioni di performance effettuate per l'esercizio 2010, entro il 31 dicembre 2011 approverà con atto specifico il metodo che porterà ad individuare per ciascun ente erogatore un indice sintetico di performance calcolato a partire dalle valutazioni di efficacia di dettaglio effettuate per le singole unità operative delle strutture.

Le risorse per le attività sub acute, che per il 2012 vengono complessivamente individuate fino ad un massimo di 35 milioni, sono ricomprese nelle risorse previste per le attività di ricovero e cura e per il 50% deriveranno dal budget della struttura che attiva le predette attività mentre il restante 50% deriverà da una rimodulazione complessiva delle risorse dei restanti soggetti erogatori sia pubblici che privati.

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 DG 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 oggettivamente.

La quota trasferita dovrà essere concordata con la ASL di riferimento che verificherà con la DG 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 DGR VIII/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 ASL differenti, che riclassifichi un Servizio di Medicina di Laboratorio a punto prelievi, il trasferimento delle quote di budget non preveda l'acquisizione del parere da parte delle ASL stesse. Richiamata la DGR n.VIII/2310/06 "*Ulteriori determinazioni in merito ai punti prelievo dei Servizi di Medicina di Laboratorio*" in particolare il punto 5 del deliberato che stabilisce la possibilità di trasferimento dei punti prelievo solo nell'ambito territoriale della ASL stessa, si ritiene necessario superare tale previsione per i casi in cui entrambe le ASL coinvolte, esprimano parere favorevole al trasferimento in altro ambito territoriale. Nel corso del 2012, proseguendo nella prospettiva, da tempo intrapresa, di promozione dalla qualità, della appropriatezza e della efficienza di erogazione delle prestazioni, dovrà essere predisposta dalla DG Sanità una proposta di ulteriore razionalizzazione dei laboratori delle Aziende Ospedaliere e degli IRCCS di diritto pubblico.

Si precisa che gli atti amministrativi adottati dalle ASL dovranno conformarsi alle disposizioni di cui al presente atto ai sensi dell'art. 13 comma 17 della legge regionale 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. I contratti sottoscritti dalle Asl con le AO e gli IRCCS di diritto pubblico dovranno prevedere un ammontare di risorse pari a quello previsto dal bilancio aziendale e previa validazione della DG Sanità.

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 Deliberazione n. VI/47508 del 29.12.99 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 d.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 capitolina, 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 ai 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 DPCM LEA e le prestazioni ambulatoriali per cui, sempre sulla base del citato DPCM, 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 01.01.12 e per quanto attiene le prestazioni ambulatoriali sono conteggiabili esclusivamente quelle erogate a far tempo dalla data dell'01.01.12

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 2011 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 2012 dell'esercizio 2011 permetterà per le attività ambulatoriali di calcolare per ogni struttura il finanziamento 2011 totale calcolato applicando le regressioni tariffarie ed eventuali altre regole di valorizzazione per lo stesso anno negoziate.

Il valore del contratto relativo all'intera annualità sarà quindi definito entro e non oltre il 31 di marzo 2012. Per le attività di ricovero e cura la valorizzazione relativa alle attività garantite ai cittadini residenti in Lombardia viene individuata nella quota di € che è calcolata sulla base del contratto 2011 ridotta delle risorse che nel 2012 passano dal ricovero e cura alla specialistica ambulatoriale (MAC) e successivamente modulata sulla base delle valutazioni di performance di cui alla DGR IX/351 del 28 luglio 2010 "PRIME INDICAZIONI PER LA VALUTAZIONE PERIODICA DELLE PERFORMANCE DELLE STRUTTURE DI RICOVERO E CURA", al netto delle prestazioni individuate secondo le specifiche e le modalità previste dalla

DGR VIII/ ... che nel 2012 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 2011 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 2012. 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 € pari al finanziato 2011, incrementato della quota stimata per le attività di MAC, al netto delle attività remunerate al di fuori del contratto secondo le modalità previste dalla DGR VIII/ del relativa alle regole per l'esercizio 2012, portata al 95% - a cui è sottratta la stima del valore della quota aggiuntiva di ticket introdotta dalla legge nazionale 111/2011 riferita al periodo in cui nel 2011 il ticket stesso non era in vigore (gennaio – metà luglio), a cui sono da aggiungersi.....€ 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 2011 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 2011 al netto dell'extrabudget, 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 DGR VIII del

Art. 4

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.

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 2012 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 2012 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 DGR 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 2012, fatta salva la facoltà di recesso di cui all'art. 11 dello schema tipo di contratto approvato con DGR 45708/99 .

Letto, confermato e sottoscritto.

IL DIRETTORE GENERALE

*IL LEGALE RAPPRESENTANTE
DELLA STRUTTURA*

Allegato 10

Tariffe prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale

Valore del Punto DRG

Relativamente al costo del punto DRG si conferma quanto stabilito dalla DGR IX/937 del 1° dicembre 2010 e si rileva che le tariffe 2012 così individuate, a decorrere dai dimessi dal 1° gennaio 2012, sono adeguate ai costi di gestione ed alle vigenti disposizioni normative in tema di rinnovi contrattuali.

Trattamento chirurgico della obesità

Al fine di favorire una modalità di erogazione della procedura di inserzione endoscopica di pallone bariatrico intragastrico che sia orientata ad una gestione ottimale dei pazienti e non sia condizionata dalle regole tariffarie vigenti si stabilisce che per i pazienti dimessi dal 1° gennaio 2012 le SDO afferenti al DRG 297 con codice di procedura pari a 44.93 abbiano, per le attività erogate in degenza ordinaria, una tariffa unica a prescindere dalla durata della degenza pari ad 1738,74 euro.

Revisione della classificazione delle endoprotesi

Tenuto conto della variabilità nei costi rilevati vengono riclassificate le seguenti endoprotesi:

- 03 Defibrillatore, riclassificata in:

03A	Defibrillatore cardiaco impiantabile Monocamerale (comprensivo di dispositivo centrale e parti accessorie)
03B	Defibrillatore cardiaco impiantabile Bicamerale (comprensivo di dispositivo centrale e parti accessorie)
03C	Defibrillatore cardiaco impiantabile Tricamerale (comprensivo di dispositivo centrale e parti accessorie)

- 17 Neurostimolatore spinale per la terapia del dolore, riclassificata in:

17A	Neurostimolatore spinale impiantabile non ricaricabile
17B	Neurostimolatore spinale impiantabile ricaricabile

Le 5 nuove tipologie di endoprotesi sono da utilizzare, in sostituzione delle due attuali, per gli impianti sui dimessi dal 1° gennaio 2012 e saranno remunerate sulla base dei costi medi rilevati nel corso del 2012 tramite il flusso informativo esistente.

Con riferimento alle endoprotesi biliari si ribadisce infine che le uniche per cui è prevista la remunerazione aggiuntiva, e quindi da rendicontare nel relativo flusso informativo, sono quelle di tipo metallico autoespandibili, il cui costo non è adeguatamente remunerato dal DRG di riferimento.

Macroattività ambulatoriale complessa e ad alta integrazione di risorse (MAC)

La DGR IX/1479 del 30 marzo 2011 ha istituito la MAC e ne ha individuato il contesto organizzativo e di erogazione con l'obiettivo primario di perseguire l'appropriatezza di erogazione di servizi che pur necessitando di essere garantiti in un contesto ospedaliero possono essere effettuati in un regime di tipo ambulatoriale complesso, superando così il maggiore limite delle attività di day hospital che legano la propria operatività alla presenza di posti letto che sempre più raramente si rendono necessari grazie alle nuove opportunità cliniche ed organizzative.

La DGR IX/1962 del 6 luglio 2011 ha approvato i requisiti autorizzativi della MAC ed ha stabilito che entro il 31 luglio 2011 tutte le strutture di ricovero e cura accreditate ed a contratto con il SSR che hanno accreditati dei posti letto di DH non chirurgico provvedessero ad inoltrare alla ASL territorialmente competente istanza di cancellazione dall'assetto accreditato di un adeguato numero di posti di Day Hospital non chirurgico e di riclassificazione degli stessi in postazioni di macroattività ambulatoriale complessa. Si prende atto che le predette attività di riclassificazione si sono concluse e che vi è stata la cancellazione di 2.200 posti letto di day hospital e che in questi mesi, anche grazie al lavoro svolto con le società scientifiche maggiormente coinvolte nelle attività di day hospital non chirurgico, sono stati definiti i previsti pacchetti di macroattività ambulatoriale complessa, la cui erogazione è ristretta al solo ambito ospedaliero, che per le prestazioni prenotate dal 1° gennaio 2012 integrano come segue il nomenclatore di specialistica ambulatoriale:

Codice pacchetto	Pacchetti di MAC	Tipologia di prestazioni compreso nel pacchetto	Note
MAC01	Chemioterapia con somministrazione di farmaci ad alto costo (file F 5 e 3)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Somministrazione del trattamento chemioterapico e delle terapie ancillari 2. Visita specialistica propedeutica alla chemioterapia 3. Esami ematochimici propedeutici alla chemioterapia eseguiti nella stessa giornata o il giorno precedente 4. Eventuali ulteriori esami o visite specialistiche (che si rendessero necessari per fronteggiare una eventuale urgenza) ed eseguiti nella stessa giornata del trattamento chemioterapico 	Rimborso a parte per i farmaci chemioterapici previsti dallo schema di chemioterapia come da nota H1.2005.57478 e successivi aggiornamenti Nel pacchetto è previsto il rimborso delle terapie ancillari e di supporto eseguite nello stessa giornata della chemioterapia
MAC02	Chemioterapia senza somministrazione di farmaci ad alto costo (file F 5 e 3)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Somministrazione del trattamento chemioterapico e delle terapie ancillari 2. Visita specialistica propedeutica alla chemioterapia 3. Esami ematochimici propedeutici alla chemioterapia eseguiti nella stessa giornata o il giorno precedente 4. Eventuali ulteriori esami o visite specialistiche (che si rendessero necessari per fronteggiare una eventuale urgenza) ed eseguiti nella stessa giornata del trattamento chemioterapico 	Nel pacchetto di prestazioni è previsto il rimborso dei farmaci chemioterapici, delle terapie ancillari e di supporto eseguite nello stessa giornata della chemioterapia
MAC03	Chemioterapia senza somministrazione di farmaci ad alto costo per patologia oncoematologica (file F 5 e 3)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Somministrazione del trattamento chemioterapico e delle terapie ancillari 2. Visita specialistica propedeutica alla chemioterapia 3. Esami ematochimici propedeutici alla chemioterapia eseguiti nella stessa giornata o il giorno precedente 4. Eventuali ulteriori esami o visite specialistiche (che si rendessero necessari per fronteggiare una eventuale urgenza) ed eseguiti nella stessa giornata del trattamento chemioterapico 	Nel pacchetto di prestazioni è previsto il rimborso dei farmaci chemioterapici, delle terapie ancillari e di supporto eseguite nello stessa giornata della chemioterapia
MAC04	Terapia antitumorale con somministrazione di farmaci orali o IM	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prescrizione/somministrazione del trattamento antitumorale e delle terapie ancillari 2. Visita specialistica propedeutica alla chemioterapia 3. Esami ematochimici propedeutici alla chemioterapia eseguiti nella stessa giornata o il giorno precedente 	Rimborso a parte per i farmaci antitumorali previsti dallo schema di trattamento
MAC05	Terapia di supporto (idratazione, alimentazione)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Somministrazione della terapia di supporto 2. Visita specialistica propedeutica alla 	Nel pacchetto di prestazioni è previsto il rimborso dei farmaci

	parenterale, correzione di effetti collaterali da chemioterapia, terapie marziali, supporto trasfusionale, manovre interventistiche terapeutiche tipo toracentesi e paracentesi ecc)	<p>chemioterapia</p> <p>3. Esami ematochimici di controllo eseguiti nella stessa giornata della terapia di supporto</p> <p>4. Eventuali ulteriori esami o visite specialistiche (che si rendessero necessari per fronteggiare una eventuale urgenza) ed eseguiti nella stessa giornata della terapia di supporto</p>	della terapia di supporto
MAC06	Pacchetto riabilitativo ad alta complessità	Pazienti <u>mai sottoposti</u> ad un programma formale di riabilitazione o con documentato peggioramento della capacità funzionale, della partecipazione e delle relazioni/sostegno sociale che provengano direttamente in fase post-acuta o cronici con rinnovata esigenza di percorso riabilitativo, in cui si configura un maggiore consumo di risorse per valutazioni diagnostico-funzionali e conduzione del programma.	Più di 120 minuti di attività riabilitative effettive sul paziente. Attività garantite da 3 o più operatori professionali. Il medico specialista, così come previsto dal programma riabilitativo individuale, prende parte alle attività svolte e contribuisce quindi al raggiungimento del predetto requisito organizzativo.
MAC07	Pacchetto riabilitativo a media complessità.	Pazienti in cui si rende necessario il completamento del programma di intervento al termine di un ricovero riabilitativo degenziale o si evidenzino un documentato peggioramento della capacità funzionale della partecipazione e delle relazioni/sostegno sociale che richieda assistenza come per pacchetto base ma con una maggiore esigenza di rivalutazione clinico-funzionale e supervisione medica e non medica del programma riabilitativo.	Da 90 a 120 minuti di attività riabilitative effettive sul paziente. Attività garantite da almeno 3 operatori professionali. Il medico specialista, così come previsto dal programma riabilitativo individuale, coordina ed integra le attività svolte.
MAC08	Pacchetto riabilitativo a bassa complessità	Pazienti in cui si renda necessario, in base a specifici protocolli di follow-up, la verifica dello stato clinico, della capacità funzionale residua, della partecipazione e delle relazioni/sostegno sociale, dell'aderenza alle indicazioni domiciliari prescritte. Tali pazienti possono provenire da regime di continuità con un immediatamente precedente percorso di Riabilitazione in ambito degenziale, in cui vi è necessità di proseguire l'intervento di training fisico unitamente a una forma minima di supervisione medica e non medica (<i>nota: la semplice prosecuzione di sedute di training fisico configura l'ambito dell'ambulatoriale semplice, livello di prestazione inferiore ai MAC</i>)	Almeno 90 minuti di attività riabilitative effettive sul paziente. Attività garantite da almeno 2 operatori professionali. Il medico specialista, così come previsto dal programma riabilitativo individuale, coordina ed integra le attività svolte.
MAC09	SOMMINISTRAZIONE DI TERAPIA INFUSIONALE IN PZ CON PATOLOGIE	<p>a) Somministrazione di terapia infusionale giornalmente</p> <p>b) Ogni 2-3 accessi visita medica</p> <p>c) Ogni 3-4 accessi esami ematochimici di</p>	a) Tempo di osservazione: 1-2 ore una o due volte al giorno (compatibilmente con il

	ACUTE O CRONICHE CHE NON NECESSITANO DI RICOVERO O IN POST-RICOVERO PER TERMINARE TRATTAMENTO INIZIATO	controllo d) Occasionalmente esami radiologici di controllo correlati alla patologia	farmaco utilizzato) b) Farmaci utilizzati: normale distribuzione o fascia H c) Tempo assistenza infermieristica: 1 ora una o due volte al giorno d) Tempo di assistenza medica: 20 minuti ogni 2-3 accessi
MAC10	SOMMINISTRAZIONE DI TERAPIA INFUSIONALE, CON FARMACI CHE RICHIEDONO MONITORAGGIO DI EVENTUALI EFFETTI COLLATERALI, IN PZ CON PATOLOGIE ACUTE O CRONICHE	a) Somministrazione di terapia infusionale giornalmente con attento monitoraggio del pz b) Ogni 2 accessi visita medica c) Ogni 2-3 accessi esami ematochimici di controllo d) Occasionalmente esami radiologici di controllo correlati alla patologia	a) Tempo di osservazione: 1-2 ore una o due volte al giorno (compatibilmente con il farmaco utilizzato) b) Farmaci utilizzati: normale distribuzione o fascia H c) Tempo assistenza infermieristica: pari al periodo in cui il pz rimane nella struttura d) Tempo di assistenza medica: 20 minuti ogni 2 accessi
MAC11	MANOVRE DIAGNOSTICHE COMPLESSE INVASIVE SEMPLICI (ES. PUNTURA LOMBARE)	a) Esecuzione delle manovre interventistiche b) Visita medica c) Esami ematochimici di controllo pre e post-procedura (se necessari) d) Eventuali ulteriori esami o visite specialistiche e) Eventuali esami radiologici di controllo	a) Tempo di osservazione: 2-4 ore b) Farmaci utilizzati: non significativi c) Tempo assistenza infermieristica: pari al tempo di osservazione del paziente d) Tempo di assistenza medica: 1 ora
MAC12	MANOVRE DIAGNOSTICHE COMPLESSE (BIOPSIE EPATICHE) OPPURE RESE COMPLESSE DA PARTICOLARI CONDIZIONI DEL PAZIENTE CHE NECESSITA OSSERVAZIONE IN AMBIENTE PROTETTO (ES. BIOPSIA OSSEA IN PIASTRINOPENICO)	a) Esecuzione delle manovre interventistiche b) Visita medica c) Esami ematochimici di controllo pre e post-procedura d) Eventuali ulteriori esami o visite specialistiche e) Eventuali esami radiologici di controllo	a) Tempo di osservazione: 6-8 ore b) Farmaci utilizzati: non significativi c) Tempo assistenza infermieristica: pari al tempo di osservazione del paziente d) Tempo di assistenza medica: 2 ore

Le prestazioni che sono afferenti alla MAC a decorrere dal mese di agosto 2011 vengono rendicontate con le SDO segnando nel campo regime di ricovero il codice "A". Questa rilevazione è stata prevista con l'obiettivo di misurare nel modo più preciso possibile le tipologie cliniche di queste attività, la loro numerosità ed il loro valore tariffario. Da ciò ne deriva la necessità, al fine di definire correttamente le tariffe dei pacchetti MAC, di attendere la chiusura entro il mese di gennaio delle SDO 2011. Fin da ora si stabilisce che il valore complessivo delle risorse che nel 2012 saranno destinate alla

MAC sia sostanzialmente equivalente a quello delle attività che sono state rendicontate con il regime di ricovero “A”. Entro il 15 febbraio 2012 con provvedimento della DG Sanità verranno definite, sulla base dei suddetti indirizzi, le tariffe dei singoli pacchetti MAC che saranno vigenti per le prestazioni prenotate dal 1° gennaio 2012. Per i pacchetti erogati prima della approvazione del predetto decreto non sarà prevista, nel caso sia dovuta, la compartecipazione alla spesa da parte dei pazienti.

I pacchetti MAC possono essere prescritti solamente dagli specialisti che operano presso la struttura dove gli stessi vengono erogati.

La rendicontazione, che avviene tramite il flusso informativo di cui alla circolare 28/SAN, deve essere di periodicità mensile anche nel caso in cui i pacchetti prevedano di erogare prestazioni per tempi superiori al mese.

Nel caso dei pacchetti riabilitativi si può prevedere, sulla base del Programma riabilitativo individuale, che il percorso di trattamento possa essere declinato in singoli accessi riferibili ai 3 differenti pacchetti MAC.

Per i 3 pacchetti MAC di tipo riabilitativo deve essere prevista la possibilità di garantire il trasporto dei pazienti dal domicilio alla struttura che eroga le prestazioni. Le attività di trasporto saranno remunerate dalle ASL a parte a seguito di specifica rendicontazione e fatturazione e sulla base di valori che dovranno essere preventivamente concordati.

Revisione nomenclatore tariffario ambulatoriale

In considerazione della valenza multidisciplinare della Polisonnografia (attualmente afferente alle branche di Neurologia e Neuropsichiatria infantile) ed al fine di garantire un utilizzo appropriato della suddetta procedura, si integra il nomenclatore tariffario ambulatoriale con l'estensione della suddetta procedura alla branca ambulatoriale di Pneumologia, stabilendo però che la suddetta nuova possibilità di esecuzione sia subordinata all'esistenza nell'ambito dello stesso Ente erogatore di una UO di Neurologia:

89.17		POLISONNOGRAMMA	POLISONNOGRAMMA Diurno o notturno e con metodi speciali	199,51	NEUROLOGIA	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	PNEUMOLOGIA
89.18.1		TEST POLISONNOGRAFICI DEL LIVELLO DI VIGILANZA	TEST POLISONNOGRAFICI DEL LIVELLO DI VIGILANZA	199,51	NEUROLOGIA	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	PNEUMOLOGIA
89.18.2		MONITORAGGIO PROTRATTO DEL CICLO SONNO-VEGLIA	MONITORAGGIO PROTRATTO DEL CICLO SONNO-VEGLIA	199,51	NEUROLOGIA	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	PNEUMOLOGIA

In considerazione delle indicazioni che giungono dalla pratica clinica si stabilisce altresì quanto segue:

- estensione della prestazione 99.23 “iniezione di steroidi” alla branca di Ostetricia e Ginecologia:

99.23		INIEZIONE DI STEROIDI	INIEZIONE DI STEROIDI; Iniezione di cortisone; Impianto sottodermico di progesterone; Impianto sottodermico di altri ormoni o antiormoni	9,50	ONCOLOGIA	OSTETRICIA E GINECOLOGIA
-------	--	-----------------------	--	-------------	-----------	--------------------------

- integrazione della descrizione relativa alla prestazione 97.71 “rimozione di dispositivo contraccettivo”, con la dizione “...o intradermico sottocutaneo di progestinico”:

97.71	M	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO intrauterino o intradermico sottocutaneo di progestinico	9,50	OSTETRICIA E GINECOLOGIA
-------	---	---	--	-------------	--------------------------

- estensione della prestazione 89.39.6 “osservazione di lesioni pigmentarie e non con videodermatoscopio” alla branca di Oncologia:

89.39.6	I	OSSERVAZIONE DI LESIONI PIGMENTARIE E NON CON VIDEODERMATOSCOPIO	OSSERVAZIONE DI LESIONI PIGMENTARIE E NON CON VIDEODERMATOSCOPIO	60,18	DERMOSIFILOPATIA	ONCOLOGIA
---------	---	--	--	-------	------------------	-----------

Si stabilisce infine che il nomenclatore tariffario ambulatoriale venga integrato con la prestazione 99.79.1 “LDL aferesi selettiva”, la quale non sarà quindi più remunerata attraverso le funzioni per prestazioni non tariffabili:

99.79.1	IHR	LDL AFERESI SELETTIVA	LDL AFERESI SELETTIVA (è indicata nei casi gravi di ipercolesterolemia familiare omozigote od eterozigote e di altre ipercolesterolemie congenite resistenti alla terapia dietetica e pluri-farmacologica)	1500,00		LABORATORIO ANALISI CHIMICO-CLINICHE, MICROBIOLOGIA ETC.
---------	-----	-----------------------	--	---------	--	--

Nuove prestazioni ambulatoriali e di ricovero e cura

Nel corso del 2011 si sono tenuti presso la DG Sanità degli incontri con i rappresentanti regionali delle tre società scientifiche AIGO (Associazione Italiana Gastroenterologi ed Endoscopisti 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 enteroscopia digestiva ambulatoriale e di resezione endoscopica in regime di ricovero e della loro corretta indicazione clinica. Queste valutazioni hanno portato a prevedere di integrare a decorrere dalle prestazioni prenotate dal 1° gennaio 2012, in caso di specialistica ambulatoriale, a decorrere dai dimessi a partire dal 1° gennaio 2012, in caso di prestazioni di ricovero e cura o di day hospital, il sistema di classificazione delle prestazioni e della loro remunerazione come segue:

ENTEROSCOPIA DIGESTIVA IN REGIME AMBULATORIALE

44.14.1	IH	ECOENDOSCOPIA SUP. (esofago, stomaco, duodeno) CON BIOPSIA	ECOENDOSCOPIA SUP. (esofago, stomaco, duodeno) CON BIOPSIA	700,00		GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA
44.19.3	IH	ECOENDOSCOPIA SUP. (esofago, stomaco, duodeno)	ECOENDOSCOPIA SUP. (esofago, stomaco, duodeno)	300,00		GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA
48.24.1	IH	ECOENDOSCOPIA INF. (retto, colon) CON biopsia	ECOENDOSCOPIA INF. (retto, colon) CON BIOPSIA	700,00		GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA
48.29.2	IH	ECOENDOSCOPIA INF. (retto, colon)	ECOENDOSCOPIA INF. (retto, colon)	300,00		GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA
52.14.1	IH	ECOENDOSCOPIA DEL PANCREAS CON BIOPSIA	ECOENDOSCOPIA DEL PANCREAS CON BIOPSIA	850,00		GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA
52.13.1	IH	ECOENDOSCOPIA DEL PANCREAS	ECOENDOSCOPIA DEL PANCREAS	350,00		GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA
42.29.3	I	IMPEDENZIOMETRIA ESOFAGEA (Ph-IMP)	IMPEDENZIOMETRIA ESOFAGEA	130,00		GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA

RESEZIONE ENDOSCOPICA IN ATTIVITÀ DI RICOVERO:

MUCOSECTOMIA (EMR) E DISSEZIONE SOTTOMUCOSA (ESD) con diagnosi principale di neoplasia non benigna.

Mucosectomia/dissezione sottomucosa endoscopica dell'esofago cod. 42.33

Mucosectomia/dissezione sottomucosa endoscopica dell'intestino crasso cod. 45.43

Mucosectomia/dissezione sottomucosa endoscopica dello stomaco cod. 43.41

Il DRG 173, nel quale afferiscono queste procedure, in presenza dei codici di cui sopra, per i dimessi a decorrere dal 1° gennaio 2012, avrà un rimborso unico a prescindere dal regime di ricovero e dalla durata della degenza di 3.854 euro.

Indicazioni ed appropriatezza clinica delle nuove procedure

La mucosectomia (endoscopic mucosal resection, EMR) e la dissezione sottomucosa (endoscopic submucosal dissection, ESD) sono due differenti metodiche di resezione endoscopica finalizzate al trattamento delle neoplasie sessili o piatte del tratto gastrointestinale, confinate alla mucosa ed al primo strato della sottomucosa (sm1), sostituendosi al trattamento chirurgico.

I vantaggi della resezione endoscopica rispetto alla chirurgia sono costituiti da una migliore qualità della vita per il paziente e da una riduzione della mortalità, morbilità, tempi di ospedalizzazione e costi.

Requisiti fondamentali per l'effettuazione della EMR sono rappresentati dalla iniezione sottomucosa di appropriate sostanze inerti al fine di scollare gli strati superficiali della parete da quelli sottostanti, l'assenza di metastasi LN e dal non superamento del terzo superiore della sottomucosa (sm1).

La EMR presenta i limiti di non potere resecare *en bloc* lesioni di dimensioni superiori a 2 cm e di non poter fornire all'anatomo-patologo un campione adeguato, cioè che comprenda mucosa e sottomucosa, al fine di poter valutare il grado di infiltrazione sottomucosa. Pertanto, quando si ritiene necessario (per le dimensioni della lesione, per la morfologia, per l'istologia, ecc.), bisogna utilizzare l'ESD, che consente di estendere il margine di resezione, di completare l'asportazione *en bloc* e di estenderla sino alla sottomucosa.

La valutazione del grado di infiltrazione sottomucosa è importante al fine di poter predire il rischio di metastasi linfonodali. In caso di infiltrazione sottomucosa sino a sm1 l'incidenza di metastasi linfonodali è trascurabile (da 0-2%), mentre in caso di infiltrazioni più profonde sino a sm3 è intorno al 15-21 % (**Fig1**).

La resezione *piecemeal*, a differenza della resezione *en bloc*, non consente al patologo di fornire precise informazioni sui tessuti esaminati riguardo ai margini ed alla profondità di diffusione della neoplasia, quindi non rappresenta un trattamento terapeutico che garantisce sempre la radicalità, per cui presenta un maggior rischio di recidiva locale rispetto alla ESD. Infatti, in diversi studi in letteratura è stato documentato che, l'entità del rischio di recidiva è condizionato dalla tecnica di resezione (*piecemeal* o *en bloc*) e commisurato alle dimensioni della lesione inizialmente trattata (**Tabella 1**).

La tecnica utilizzata per l'EMR prevede, dopo una eventuale demarcazione della lesione da trattare, un'iniziale iniezione sottomucosa con conseguente formazione di un pomfo, allo scopo di scollare i piani superficiali della parete da quelli profondi, successivamente si procede alla resezione con ansa che può avvenire mediante modalità e devices diversi a seconda della sede da trattare e della scelta e/o disponibilità dell'operatore. Nell'ESD a differenza dell'ansa, l'operatore utilizza un ago diatermico dedicato, con tecniche e devices differenti, che viene impiegato come bisturi per incidere la mucosa e disseccare la sottomucosa. L'ESD è sicuramente una tecnica endoscopica che richiede notevole esperienza da parte dell'operatore e che richiede tempi di esecuzione più lunghi rispetto alla EMR.

	Metastasi Inn (%)
sm1	0 - 2
sm2	0 - 11
sm3a	0 - 15
sm3b	0 - 15
sm3c	21

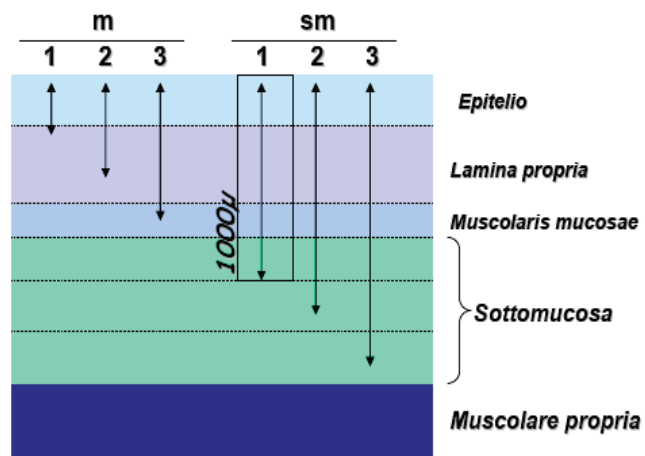


Fig.1

Tab.1 Frequenza di recidiva locale in rapporto alla dimensione della lesione e alla modalità di resezione

Dimensione (mm)	10-19 mm	20-29 mm	>30 mm	totale
En-bloc	0.8%	~ 0%	~ 0%	0.7%
Piecemeal	14.7%	21.7%	34.2%	23.5%
Totale	2.0%	10.4 %	27.7 %	5.9%

INDICAZIONI

ESOFAGO:

A) Tumore squamoso dell'esofago

B) Adenocarcinoma

C) Barrett con displasia di alto grado o carcinoma intramucoso

In caso di :

- G 1-2
- Tipo 0-IIa, 0-IIb, 0-IIc di diametro <2 cm *
- m1-m2
- coinvolgimento < 2/3 della circonferenza
- senza invasione linfo-vascolare

STOMACO:

A) Early Gastric Cancer

EMR

- Adenocarcinoma G 1-2
- Interessamento solo della mucosa
- Tipo 0-II a di diametro <2 cm *
- Tipo 0-II b o 0-II c di diametro <1 cm *

ESD

- Neoplasia intramucosa di qualunque dimensione senza ulcerazione
- Neoplasia intramucosa di diametro < 3 cm con ulcerazione
- Neoplasia sm1 ≤ 3 cm di diametro
- Assenza di invasione linfovaskolare
- Neoplasia intramucosa scarsamente differenziata senza ulcerazione e ≤ 2 cm di diametro

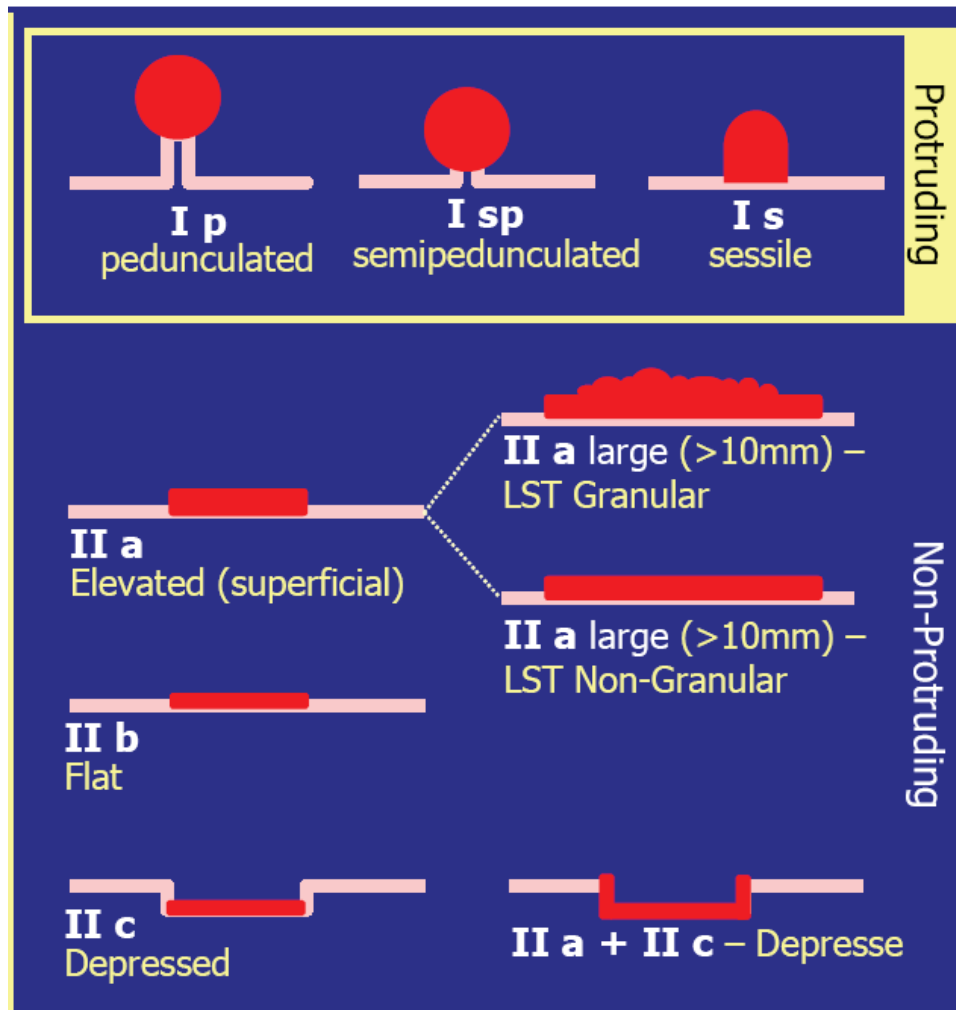
COLON:

EMR:

- Neoplasie m/sm1
- assenza di invasione linfo-vascolare
- senza ulcerazione
- Tipo 0-II a di diametro <2 cm *
- Tipo 0-II b o 0-II c di diametro <1 cm *
- Laterally spreading tumors (LST)
 - LST granulare omogeneo ⇒ resezione *piecemeal* *
 - LST nodulare misto ⇒ resezione *piecemeal* o ESD *

ESD:

- Lesioni con possibile infiltrazione sottomucosa (LST non granulari con componente depressa, lesioni con pattern tipo Vi, carcinomi con infiltrazione sottomucosa e lesioni rilevate di grandi dimensioni sospette per neoplasia)
- Lesioni neoplastiche superficiali di dimensioni >2 cm per le quali la EMR *en bloc* risulterebbe non praticabile
- Lesioni con fibrosi post biopsia
- Localizzazioni sporadiche di neoplasia nella colite ulcerosa (DALM o ALM)
- Recidiva dopo pregressa resezione endoscopica



* Morfologia delle Lesioni. Classificazione di Parigi

RADIOFREQUENZA (RFA) NELL'ESOFAGO DI BARRETT

La procedura corretta da utilizzare è cod. 42.33 “asportazione o demolizione endoscopica di lesione di tessuto dell’esofago” (con diagnosi di tumore viene assegnato il DRG 173 “Neoplasie maligne dell’apparato digerente senza CC”). Il DRG 173, nel quale afferisce questa procedura, in presenza del codice di cui sopra, per i dimessi a decorrere dal 1° gennaio 2012, avrà un rimborso unico a prescindere dal regime di ricovero e dalla durata della degenza di 3.854 euro

L’esofago di Barrett è una lesione preneoplastica con rischio annuo di trasformazione a displasia di alto grado ed

adenocarcinoma rispettivamente dello 0.9% e dello 0.2-0.5%.

Ai pazienti affetti da esofago di Barrett viene quindi generalmente consigliata una sorveglianza endoscopica ogni 3-5 anni.

L'Halo-system è una nuova metodica che utilizza un catetere filoguidato, dotato alla estremità di un emettitore di radiofrequenza a pallone, e di un generatore di radiofrequenza.

La metodica è stata utilizzata in pazienti con esofago di Barrett e displasia.

Dai lavori finora comparsi in letteratura il trattamento con radiofrequenza, effettuato in una o più riprese, ha ottenuto la remissione istologica della displasia nel 70-100% dei casi dopo un follow-up massimo di 30 mesi.

Il trattamento, quasi sempre effettuato in **sedazione cosciente**, è ben tollerato dal paziente.

Le complicanze segnalate a breve termine, tutte lievi ed autolimitantesi, sono state erosioni esofagee, disfagia, odinofagia, faringodinia, dolore toracico e febbre.

Con questa metodica non sono state segnalate complicanze gravi che sono invece state riportate dopo trattamento della displasia con altre tecniche ablativo.

La eradicazione con radiofrequenza (Halo-system) è un'opzione terapeutica per i pazienti con displasia di basso grado e porta alla ricomparsa del normale epitelio nella stragrande maggioranza dei casi (**livello di evidenza: alto**).

La radiofrequenza riduce inoltre, nella displasia di alto grado, la progressione a neoplasia esofagea (**livello di evidenza: alto**).

La radiofrequenza con la metodica Halo-system è stata quindi introdotta nell'ultimo statement della American Gastroenterological Association sul trattamento dell'esofago di Barrett emesso nel marzo 2011 con le seguenti indicazioni:

- displasia di basso ed alto grado dell'esofago di Barrett

Non ci sono finora studi controllati che abbiamo dimostrato che la radiofrequenza sia più efficace nel ridurre il rischio di neoplasia esofagea o più cost-effective della sorveglianza endoscopica nei pazienti con esofago di Barrett in assenza di displasia.

In **Lombardia** vengono annualmente effettuati trattamenti di radiofrequenza in circa 40 pazienti.

Prestazioni sanitarie non a carico del SSR

Le strutture sanitarie, nel rispetto del principio di centralità e libera scelta del paziente, potranno sperimentare percorsi per l'offerta di prestazioni sanitarie non a carico del SSR a fronte della compartecipazione alla spesa da parte del paziente che ne faccia espressa richiesta. Ogni percorso di offerta dovrà essere valutato ed autorizzato dalla Direzione Generale Sanità dell'Assessorato.

Le prestazioni offerte dovranno riguardare presidi e procedure non previste dal SSR, che rientrino nel campo dell'innovazione tecnologica sanitaria ma che siano già in fase di commercializzazione in Italia.

Tali prestazioni dovranno costituire un valore aggiunto per la formazione professionale in campo medico e sanitario.

Allegato 11

Attività di controllo e tempi di attesa

Premessa

Viene confermata la necessità che per l'anno 2012 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 DGR VIII/4799 del 30 maggio 2007, VIII/8501 del 26 novembre 2008, VIII/9014 del 20 febbraio 2009, VIII/9581 del 11 giugno 2009, VIII/10804 del 16 dicembre 2009, IX/621 del 13 ottobre 2010, IX/937 del 1 dicembre 2010 e IX/2057 del 28 luglio 2011.

Il Piano dei controlli, previsto dalla DGR VII/15324 del 2003, è il principale strumento di programmazione di cui le ASL dispongono per declinare nel concreto le linee di intervento a supporto della funzione di verifica, monitoraggio e controllo.

Le ASL entro il 31 gennaio 2012 devono predisporre ed inviare obbligatoriamente su supporto magnetico non modificabile alla DG Sanità il piano dei controlli relativo all'esercizio 2012. Si ricorda l'obbligo dell'invio mensile, da parte delle ASL, del flusso informativo relativo alle attività di controllo. Con decorrenza dall'esercizio 2012, secondo il formato informatizzato che sarà indicato dalla DG Sanità con apposita circolare entro il 31 dicembre 2011, 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 2011, 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 DGR VII/12692 del 10.04.2003 "Modalità di attuazione dei controlli e gestione delle pratiche oggetto di controdeduzioni". Valgono i tempi ed i 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..

Si ricordano di seguito, tra le altre, alcune delle indicazioni fornite dalla già citata DGR VIII/4799 del 30 maggio 2007:

- la non obbligatorietà del preavviso della visita ispettiva a suo tempo definito in 48 ore "lavorative" dalla d.g.r. n. VII/8078 del 18.02.2002; 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 VII/12692 del 10.04.2003 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. 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 dgr. n. VIII/3776 del 13.12.2006 – in tema di controlli tra ASL viciniori;
- con il Decreto della Direzione Generale Sanità n. 4304 del 13 maggio 2011 è stato ridefinito il metodo di gestione e di riscontro dei quesiti che sono posti tramite lo strumento Interpello. E' stato costituito un gruppo di lavoro permanente tra la DG Sanità ed i referenti ASL e dei soggetti erogatori pubblici e privati accreditati che affronta con cadenza mensile le questioni poste di maggiore rilevanza in tema di accreditamento, appropriatezza e controllo delle prestazioni di ricovero e cura e di specialistica ambulatoriale; le risposte ed i chiarimenti relativi ai predetti quesiti, così come i verbali degli incontri della commissione, vengono pubblicati nella sezione Biblioteca dello strumento Interpello e sono da considerarsi pareri vincolanti tramite i quali vengono chiariti i 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.12bis della legge regionale 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'equipe 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 2012, 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 DGR VIII/10077/09 e dalla DGR IX/621/10.

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 2012, 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 DGR VIII 9014/2009 si confermano per il 2012 le ultime indicazioni date con le DGR VIII/9581/2009 e VIII/10077/2009.

Le ASL devono inviare alla Direzione Generale Sanità con cadenza mensile gli esiti delle attività di controllo utilizzando il flusso stabilito con d.g.r. n. VII/12692 del 10.04.2003, 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. A decorrere dalla consuntivazione delle attività di controllo relative all'esercizio 2011, che avverrà entro il 10 di marzo 2012, le ASL, secondo la modalità che sarà indicata dalla DG Sanità entro il 31 dicembre 2011, trasmettono gli esiti, anche in termini di recupero economico, dei controlli effettuati sulle autocertificazioni che i cittadini ultra sessantacinquenni hanno effettuato relativamente al diritto di esenzione.

Per quanto riguarda l'utilizzo del Sistema Esperto nell'ambito dell'attività riabilitativa, di cui si sospende l'invio a decorrenza immediata, si precisa che è in corso una rielaborazione dei dati finora pervenuti alla DG Sanità, che consentirà di dare ulteriori indicazioni rispetto alla sua applicabilità.

Si precisa che in ottemperanza a quanto previsto dalla DGR n. VIII/4799/2007, le elaborazioni relative agli indicatori regionali utili alle attività di controllo dell'appropriatezza e della codifica delle prestazioni sanitarie di ricovero ed ambulatoriali sono attualmente disponibili sul Portale Regionale di Governo DWH Sanitario. Di seguito si elencano le descrizioni, il significato e la modalità di calcolo dei suddetti indicatori, così come sono stati recentemente rivisti:

II – Percentuale di casi ordinari con degenza di 2/3 giorni

Definizione: % di casi ordinari con degenza di 2/3 giorni

Sigla: %_2-3die

Significato: Questo indicatore può evidenziare la tendenza a massimizzare, da parte di una struttura, la resa economica del ricovero con il minimo impegno di risorse; l'indicatore deve essere letto alla luce delle regole stabilite dalla Giunta Regionale

Numeratore: Numero di ricoveri per acuti in degenza ordinaria finanziati della durata di 2 e 3 giorni

Denominatore: Numero di ricoveri per acuti in degenza ordinaria finanziati con durata \geq di 2

	giorni
<i>Formula matematica:</i>	$\frac{\text{N. ricoveri per acuti in degenza ordinaria finanziati della durata di 2 e 3 giorni}}{\text{N. ricoveri per acuti in degenza ordinaria finanziati con durata } \geq \text{ di 2 giorni}}$
<i>Note per l'elaborazione:</i>	<ul style="list-style-type: none"> – L'analisi è realizzata a livello di Reparto e DRG – Dall'analisi sono esclusi i DRG contenuti nell'allegato F della delibera 2057/2011 – Sono considerati ai fini del calcolo solo quei casi che presentano almeno 20 schede di dimissione per reparto e DRG a livello di numeratore
<i>Fonte:</i>	SDO

I9 – Percentuale di casi ordinari con degenza di 4/5 giorni

<i>Definizione:</i>	% di casi ordinari con degenza di 4/5 giorni
<i>Sigla:</i>	%_4-5die
<i>Significato:</i>	Questo indicatore può evidenziare la tendenza a massimizzare, da parte di una struttura, la resa economica del ricovero con il minimo impegno di risorse; l'indicatore deve essere letto alla luce delle regole stabilite dalla Giunta Regionale.
<i>Numeratore:</i>	Numero di ricoveri per acuti in degenza ordinaria finanziati della durata di x e x+1 giorni (ove x è la durata della degenza espressa in giorni specificata nell'allegato F della delibera 2057/2011).
<i>Denominatore:</i>	Numero di ricoveri per acuti in degenza ordinaria finanziati con durata \geq di x giorni (ove x è la durata della degenza espressa in giorni specificata nell'allegato F della delibera 2057/2011).
<i>Formula matematica:</i>	$\frac{\text{N. ricoveri per acuti in degenza ordinaria finanziati della durata di x e x+1 giorni}}{\text{N. ricoveri per acuti in degenza ordinaria finanziati con durata } \geq \text{ di x giorni}}$
<i>Note per l'elaborazione:</i>	<ul style="list-style-type: none"> – L'analisi è realizzata a livello di Reparto e DRG. – L'analisi è limitata ai DRG contenuti nell'allegato F della delibera 2057/2011. – Sono considerati ai fini del calcolo solo quei casi che presentano almeno 20 schede di dimissione per reparto e DRG a livello di numeratore.
<i>Fonte:</i>	SDO

I2 – Percentuale di casi complicati

<i>Definizione:</i>	% casi complicati
<i>Sigla:</i>	%_CC
<i>Significato:</i>	Questo indicatore può evidenziare la tendenza a segnalare delle complicanze e/o delle comorbidità che non sono state significative in termini di necessità di maggiore impegno di risorse e di maggiore durata della degenza.
<i>Numeratore:</i>	Numero di ricoveri ordinari acuti e finanziati per DRG complicati con durata della degenza compresa tra soglia complicato e soglia complicato + 2gg
<i>Denominatore:</i>	Numero di ricoveri per acuti in degenza ordinaria finanziati per DRG con complicanza e senza complicanza

<i>Formula matematica:</i>	N. ricoveri ord., acuti e finanz., DRG con CC e soglia cc < gg deg <= soglia complicato + 2gg/N. Ricoveri ordinari, acuti, finanziati per DRG complicati e non complicati
<i>Note per l'elaborazione:</i>	<ul style="list-style-type: none"> – L'analisi è realizzata a livello di reparto e DRG. – Il calcolo è effettuato solo per le coppie di DRG con complicità e senza complicità. – Sono considerati ai fini del calcolo solo quei casi che presentano almeno 20 schede di dimissione per reparto e DRG complicato a livello di numeratore; sono dunque eliminati dall'analisi quei DRG non complicati per i quali l'omologo con complicità è stato soppresso dalla precedente condizione. – Il calcolo non comprende i ricoveri 0-1 gg.
<i>Fonte:</i>	SDO

I3 – Incidenza di un DRG sul mix dell'unità operativa

<i>Definizione:</i>	Incidenza di un DRG sul mix dell'unità operativa
<i>Sigla:</i>	mix_osp
<i>Significato:</i>	Questo indicatore, calcolato per i ricoveri in regime ordinario, può indicare, per una certa struttura, o la particolare attrattiva/specializzazione o la tendenza ad usare delle codifiche o ad adottare delle modalità organizzative degne di attenzione e di valutazione.
<i>Numeratore:</i>	Numero di ricoveri per acuti in degenza ordinaria e finanziati per DRG e per UO
<i>Denominatore:</i>	Numero di ricoveri per acuti in degenza ordinaria e finanziati per UO
<i>Formula matematica:</i>	N. ricoveri acuti, ordinari, finanziati per DRG e UO/N. ricoveri acuti, ordinari, finanziati UO
<i>Note per l'elaborazione:</i>	<ul style="list-style-type: none"> – L'analisi è realizzata a livello di reparto e DRG. – Sono considerati ai fini del calcolo solo quei casi che presentano almeno 20 schede di dimissione per reparto e DRG a livello di numeratore.
<i>Fonte:</i>	SDO

I4 – Percentuale di ricoveri ripetuti per la stessa MDC e nello stesso ospedale

<i>Definizione:</i>	% di ricoveri ripetuti per la stessa MDC ed all'interno dello stesso ospedale
<i>Sigla:</i>	%_ripe_MDC
<i>Significato:</i>	Questo indicatore può evidenziare o la tendenza a frammentare i processi di erogazione delle cure o problemi in termini di efficacia delle stesse. In entrambi i casi la valutazione è opportuna. Essendo tale indicatore basato sulla casistica di tutta la struttura, non distinguendo tra ricoveri per acuti e riabilitativi, nelle strutture in cui sono presenti entrambe le tipologie di assistenza, la percentuale dei ricoveri ripetuti può derivare dall'assetto organizzativo della struttura stessa.
<i>Numeratore:</i>	Numero di ricoveri finanziati in degenza ordinaria con degenza maggiore o uguale a 2 giorni ripetuti entro l'anno di dimissione per lo stesso MDC nello stesso presidio ospedaliero
<i>Denominatore:</i>	Numero di ricoveri finanziati in degenza ordinaria con degenza maggiore o uguale a 2 giorni

<i>Formula</i>	N. ricoveri ord. e finanz., gg deg \geq 2 ripetuti stesso MDC stesso presidio/N.
<i>matematica:</i>	ricoveri ord. e finanz., gg deg \geq 2
<i>Note per</i>	– L'analisi è realizzata a livello di reparto e DRG.
<i>l'elaborazione:</i>	– Sono considerati ai fini del calcolo solo quei casi che presentano almeno 20 schede di dimissione per reparto e DRG a livello di numeratore.
<i>Fonte:</i>	SDO

I5 – Percentuale di ricoveri ripetuti all'interno dello stesso ospedale

<i>Definizione:</i>	% di ricoveri ripetuti nello stesso ospedale
<i>Sigla:</i>	%_ripe
<i>Significato:</i>	Questo indicatore può evidenziare o la tendenza a frammentare i processi di erogazione delle cure o problemi in termini di efficacia delle stesse. In entrambi i casi la valutazione è opportuna. Essendo tale indicatore basato sulla casistica di tutta la struttura, non distinguendo tra ricoveri per acuti e riabilitativi, nelle strutture in cui sono presenti entrambe le tipologie di assistenza, la percentuale dei ricoveri ripetuti può derivare dall'assetto organizzativo della struttura stessa.
<i>Numeratore:</i>	Numero di ricoveri finanziati in degenza ordinaria con degenza maggiore o uguale a 2 giorni ripetuti entro l'anno di dimissione nello stesso presidio ospedaliero
<i>Denominatore:</i>	Numero di ricoveri finanziati in degenza ordinaria con degenza maggiore o uguale a 2 giorni
<i>Formula</i>	N. ricoveri ord. e finanz., gg deg \geq 2 ripetuti stesso presidio/N. ricoveri ord. e
<i>matematica:</i>	finanz., gg deg \geq 2
<i>Note per</i>	– Non sono previste soglie sulla cardinalità delle schede di dimissione.
<i>l'elaborazione:</i>	– L'analisi è realizzata a livello di reparto.
<i>Fonte:</i>	SDO

I6 – Numero di accessi per record di day hospital

<i>Definizione:</i>	Numero di accessi per SDO in regime di day hospital
<i>Sigla:</i>	acc_dh
<i>Significato:</i>	Questo indicatore può evidenziare la tendenza ad effettuare, per ciclo, un numero eccessivo di accessi.
<i>Numeratore:</i>	Numero di accessi in DH finanziati
<i>Denominatore:</i>	Numero di ricoveri in DH finanziati
<i>Formula</i>	N. accessi in DH finanziati/N. Ricoveri in DH finanziati
<i>matematica:</i>	
<i>Note per</i>	– L'analisi è realizzata a livello di reparto e DRG.
<i>l'elaborazione:</i>	– Sono considerati ai fini del calcolo solo quei casi che presentano almeno 20 schede di dimissione per reparto e DRG a livello di denominatore. – Sono considerati solo i DRG Medici.
<i>Fonte:</i>	SDO

I7 – Percentuale di procedure effettuate in ambulatorio

<i>Definizione:</i>	% di procedure effettuate in ambulatorio
---------------------	--

<i>Sigla:</i>	%_amb
<i>Significato:</i>	Questo indicatore può evidenziare la tendenza ad utilizzare in modo anomalo il regime di ricovero invece della più appropriata modalità ambulatoriale di erogazione delle prestazioni.
<i>Numeratore:</i>	Numero di prestazioni ambulatoriali finanziate in regime di SSN
<i>Denominatore:</i>	Numero di ricoveri per acuti in degenza ordinaria e finanziati con degenza 0, 1 giorno + Numero di prestazioni ambulatoriali finanziate in regime di SSN
<i>Formula matematica:</i>	$\frac{\text{N. prestaz. finanziate}}{\text{N. ricoveri acuti, ord., finanz. deg 0-1gg} + \text{N. prestaz. finanz. dal SSN}}$
<i>Note per l'elaborazione:</i>	<ul style="list-style-type: none"> – L'analisi è realizzata a livello di procedura/prestazione. – Sono considerati ai fini del calcolo solo quei casi che presentano almeno 20 schede di dimissione per struttura e procedura a livello di denominatore; sono eliminate dall'analisi anche quelle prestazioni ambulatoriali per le quali l'omologa procedura è stata soppressa dalla precedente condizione.
<i>Fonte:</i>	SDO + PRESTAZIONI AMBULATORIALI

I8 – Importo medio per reparto

<i>Definizione:</i>	Importo medio per reparto
<i>Sigla:</i>	$\mu_{\text{imp_rep}}$
<i>Significato:</i>	Questo indicatore vuole intercettare eventuali anomalie di codifica o selezioni opportunistiche finalizzate ad incrementare il rimborso.
<i>Numeratore:</i>	Somma degli importi di ricoveri per acuti in degenza ordinaria e finanziati
<i>Denominatore:</i>	Numero di ricoveri per acuti in degenza ordinaria e finanziati
<i>Formula matematica:</i>	$\frac{\text{Importo ricoveri acuti, ord. e finanz.}}{\text{N. ricoveri acuti, ord. e finanz.}}$
<i>Note per l'elaborazione:</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Sono considerati ai fini del calcolo solo quei casi che presentano almeno 20 schede di dimissione per reparto a livello di denominatore. – L'analisi è realizzata a livello di reparto.
<i>Fonte:</i>	SDO

Ad integrazione dei contenuti su riportati, si prevede di pubblicare sul Portale Regionale di Governo DWH Sanitario i dati relativi ai controlli delle prestazioni sanitarie di ricovero ed ambulatoriali, così come previsto dall'Allegato 1 della DGR n. VIII/9014/2009.

Si precisa infine che in relazione all'utilizzo del codice V64.--, relativo a persone che ricorrono ai servizi sanitari per interventi specifici non eseguiti, lo stesso andrà indicato in diagnosi principale (codificando in diagnosi secondaria la condizione clinica che avrebbe determinato il trattamento), così come recentemente ribadito con la DGR n. IX/2057/2011 (Allegato A), in tutti i casi in cui un trattamento specifico programmato, generalmente di tipo chirurgico, viene annullato o rimandato (dopo aver ricoverato il paziente) per il sopraggiungere di circostanze impreviste, per decisione del paziente o per il riscontro di controindicazioni.

Si dispone però che l'episodio di ricovero così codificato, nel caso in cui la ragione della non esecuzione della procedura programmata sia imputabile a problematiche di natura organizzativa

dell'erogatore stesso (es. indisponibilità di sala operatoria ecc.), non venga posto a carico del SSR e che di conseguenza la SDO riferita a tale ricovero sia contrassegnata come "non finanziabile".

Si ricorda infine che il suddetto codice V64.-- non deve essere indicato in diagnosi principale, bensì tra le diagnosi secondarie, esclusivamente nei casi in cui l'annullamento o il rinvio ad altro ricovero della procedura programmata sia dovuto all'insorgenza di altra patologia che viene quindi specificatamente trattata nel corso del ricovero in questione.

Attività prescrittiva

In analogia con quanto stabilito con la DGR n. VIII/9581/2009, in tema di prescrivibilità delle prestazioni di specialistica ambulatoriale a carico del SSR, si prevede di estendere la possibilità di prescrivere le prestazioni di ricovero e cura alle stesse tipologie di professionisti elencati nella succitata delibera, prevedendo di confermare le medesime condizioni di corretto atteggiamento prescrittivo, quali ad esempio l'utilizzo in attività istituzionale. A riguardo di questa ultima indicazione si rileva che il non rispetto della stessa oltre che a portare a delle conseguenze che possono arrivare, così come prevede la normativa vigente, al licenziamento del professionista coinvolto a decorrere dalla entrata in vigore del presente provvedimento alla sospensione del contratto per un mese presso la struttura presso la quale il professionista risulta avere, a qualsiasi titolo, un rapporto lavorativo e presso la quale ha avuto a disposizione il ricettario regionale. Le prescrizioni effettuate dai prescrittori differenti dai MMG e PLS devono, di norma, riguardare le prestazioni contenute nella branca specialistica per la quale gli stessi prestano la loro opera e quelle necessarie a rispondere al quesito diagnostico posto in occasione del primo accesso del paziente.

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 DGR VIII/10804 del 16 dicembre 2009 e si chiede di porre particolare attenzione alla verifica dei disposti in tema di prestazioni di medicina di laboratorio di cui alla DGR n. 2057 del 28 luglio 2011 e di prevedere l'inserimento nei Piani di controllo di attività specifiche, da progettare in collaborazione con la Direzione Generale Sanità, per la verifica degli standard qualitativi dei laboratori stessi. Sempre nell'ambito delle strutture di Medicina di Laboratorio si ricorda alle ASL di provvedere alla puntuale verifica dell'obbligo, stabilito con la DGR n. VIII/4239/07, di eseguire in sede almeno il 25% del numero delle prestazioni erogate per conto del SSR.

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. (GU n. 86 del 11-4-2008 - 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 DM 17/3/2008.

Si stabilisce infine che nel corso del 2012 la programmazione dei controlli relativi alle attività ambulatoriali dovrà considerare in modo quantitativamente significativo dei controlli specifici a riguardo della appropriata erogazione delle prestazioni di cui alla branca specialistica di neuropsichiatria per le quali dal 1° gennaio 2012 decorrono delle modifiche tariffarie.

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 DG 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 28/02/2011 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 sistema di “ascolto della qualità percepita” nell'ottica di valorizzazione del vissuto e della partecipazione del cittadino.

Il modello definito “Sistema di ascolto della qualità percepita” rappresenta una precisa scelta del Sistema Sanitario Regionale (SSR) il quale realizza un'evoluzione dal modello attuale di rilevazione della Customer Satisfaction ad un modello articolato che si avvale di strumenti mirati alla valorizzazione delle buone prassi e alla omogeneizzazione dei comportamenti.

Tempi di attesa

Azioni di governo e programmazione

Entro il 31 gennaio 2012 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 2012 ed entro il 31 luglio del 2012 dovranno presentare i PGTAz relativi al secondo semestre del 2012.

Il monitoraggio dei tempi di attesa

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

Nel merito delle modalità di monitoraggio dei tempi di attesa si richiama a quanto disposto dalla DGR n. IX/1775 del 24 maggio 2011, che recepisce l'Intesa del 28 ottobre 2010 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa per il triennio 2010-2012.

Nel corso del 2012 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.

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

Nel merito delle modalità di monitoraggio dei tempi di attesa si richiama a quanto disposto dalla DGR n. IX/1775 del 24 maggio 2011, che recepisce l'Intesa del 28 ottobre 2010 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa per il triennio 2010-2012.

Per un efficace esecuzione dell'attività di monitoraggio è indispensabile disporre, anche nel flusso informativo delle dimissioni ospedaliere, delle informazioni relative a "classe di priorità del ricovero" e "data di prenotazione del ricovero programmato" al miglior livello di completezza e correttezza di compilazione.

La completa e corretta compilazione di tali informazioni costituisce inoltre un adempimento fondamentale per l'accesso alle risorse aggiuntive del Servizio Sanitario Nazionale da parte delle Regioni e pertanto gli episodi di ricovero registrati in maniera non conforme saranno considerati non finanziabili per errori invalidanti.

Allegato 12

Farmaceutica e protesica

Farmaceutica territoriale

In materia di disposizioni nazionali di governo della spesa sanitaria per il settore farmaceutico si richiamano :

- l'articolo 22 della legge 3 agosto 2009 n.102;
- l'articolo 11 comma 7 lettera b) della legge 30 luglio 2010 n. 122.

Alla luce di quanto disposto a livello nazionale, per l'anno 2012 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 2011. L'eventuale risparmio rispetto all'obiettivo definito nei decreti di assegnazione 2012 sarà da considerarsi obbligatoriamente come quota di risorse disponibile per le necessità complessive del sistema secondo le indicazioni della DG Sanità.

Al fine di rispettare i vincoli di risorse stabiliti dalla normativa nazionale rappresenta obiettivo prioritario per l'anno 2012 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-settembre 2011, vengono definite specifiche soglie di obiettivo vincolante (vedi tabella seguente), tenuto conto dei farmaci che nel corso dell'anno 2012 avranno perso il brevetto, 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 **39%**, a costanza di prescrizioni;
- percentuale di DDD di farmaci a brevetto scaduto sul totale delle DDD prescritte , al fine di raggiungere l'obiettivo medio regionale del **61%**, a costanza di prescrizioni.

	Gennaio-settembre 2011		Obiettivo 2012	
	Percentuale consumo (DDD) x Equiv.	Percentuale spesa x Equiv.	Percentuale consumo (DDD) x Equiv.	Percentuale spesa x Equiv.
01 - A.S.L. 01 – Bergamo	55%	33%	60%	39%
02 - A.S.L. 02 – Brescia	58%	34%	63%	40%
03 - A.S.L. 03 - Como	55%	33%	60%	39%
04 - A.S.L. 04 - Cremona	56%	35%	61%	41%
05 - A.S.L. 05 - Lecco	57%	33%	62%	39%
06 - A.S.L. 06 - Lodi	55%	31%	60%	37%

07 - A.S.L. 07 - Mantova	56%	35%	61%	41%
08 - A.S.L. 08 - Milano Centro	55%	31%	60%	37%
09 - A.S.L. 09 - MI1 - Legnano	56%	33%	61%	39%
10 - A.S.L. 10 - MI2 - Melegnano	56%	32%	61%	38%
11 - A.S.L. 11 - MI3 - Monza	57%	32%	62%	38%
12 - A.S.L. 12 - Pavia	58%	35%	63%	41%
13 - A.S.L. 13 - Sondrio	53%	32%	58%	38%
14 - A.S.L. 14 - Varese	54%	32%	59%	38%
15 - A.S.L. 15 - Valcamonica	57%	35%	62%	41%
REGIONE	56%	33%	61%	39%

Si confermano, inoltre, come obiettivi vincolanti per l'anno 2012 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, N06 (inibitori di pompa, statine, farmaci antiipertensivi, farmaci antidepressivi). 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, N06)
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, N06)
5. Inserimento nei prontuari aggiornati alla dimissione di AO/Fondazioni, condivisi con le ASL, l'uso e la prescrizione alla dimissione dei farmaci biosimilari a pazienti di nuova diagnosi ("*drug naive*")
6. individuazione e sperimentazione da parte di tutte le 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.

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

Si confermano per l'anno 2012, come disposizioni vincolanti a livello regionale e per singola ASL:

- la completezza e la tempestività di compilazione del flusso informativo della “*Distribuzione Diretta - Doppio Canale*”, come previsto dal Decreto del Ministro della salute del 31 luglio 2007;
- la verifica e il monitoraggio, a carico delle ASL, dell'appropriatezza prescrittiva con particolare riferimento ai farmaci riclassificati di cui alla Determinazione AIFA del 2 novembre 2010 (cioè gli ex-osp2).

Al fine di dare idonei strumenti di verifica e monitoraggio dell'appropriatezza alle ASL, la DG Sanità, con il supporto delle tre ASL di Pavia, Como e Monza/Brianza definirà entro **marzo 2012** un modello regionale web-based di piano terapeutico per:

- il trattamento di pazienti affetti da ipertensione arteriosa polmonare (PAH);
- il trattamento di pazienti affetti da epatite C.

Tali adempimenti sono obiettivi di sistema e perciò del Direttore Generale dell'ASL .

Farmaceutica ospedaliera

Per quanto riguarda le disposizioni nazionali in materia di spesa farmaceutica ospedaliera, si richiamano:

- l'articolo 5 c. 5 della Legge 29 novembre 2007 n. 222;
- l'articolo 17 comma 1 della Legge n. 111 del 15 luglio 2011.

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), considerati i bisogni assistenziali sia in termini di incidenza epidemiologica che di scelta terapeutica appropriata, per l'anno 2012 sono assegnate risorse pari all'importo sostenuto nell'anno 2011, con un incremento massimo di sistema fino al **9%** su base dati omogenea, 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.

Inoltre come disposto nell'allegato 9 (Indici di offerta – Negoziazione), fatto salvo l'incremento massimo di sistema di cui sopra, si conferma che nessun soggetto erogatore nel 2012 potrà incrementare di più del 12% le richieste di rimborso per le predette voci di File F rispetto al 2011.

Si conferma quanto disposto dalla DGR n. 2057/2011 e cioè che ai sensi di quanto disposto dall'articolo 9 di cui alla legge n. 405/2001, la frequenza delle prescrizioni ed erogazione dei medicinali rendicontati in File F sono effettuate per la copertura di periodi di terapia non superiori a sessanta giorni, fatto salvo quanto disposto dalla circolare regionale prot. n. H1.2004.54025 del 22 ottobre 2004 per le terapie della Sclerosi Multipla, ai sensi della quale i Centri possono fornire quantitativi sufficienti alla copertura di un fabbisogno terapeutico di novanta giorni di terapia.

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).

La stessa regola di erogazione dei farmaci vigente ad oggi per il DRG 410J viene confermata per i pacchetti ambulatoriali di Chemioterapia previsti per la Macroattività Ambulatoriale ad Alta Complessità ed Integrazione (MAC) (vedi allegato tariffe).

Tale disposizione è vincolante a livello regionale e per singola azienda.

Si conferma anche per l'anno 2012 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 **85%** 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'inserimento nei prontuari aggiornati alla dimissione di AO/Fondazioni, condivisi con le ASL, l'uso e la prescrizione alla dimissione dei farmaci biosimilari a pazienti di nuova diagnosi ("*drug naïve*")
- 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.

Per l'anno 2012 si conferma la prosecuzione delle attività con i professionisti sanitari per l'attuazione del "Percorso diagnostico terapeutico (PDT) del paziente affetto da malattia HIV/AIDS" approvato con DDG n. 7485/2011.

Inoltre al fine di dare idonei strumenti di verifica e monitoraggio dell'appropriatezza del percorso per il trattamento dei pazienti affetti da **artrite reumatoide e psoriasi**, la DG Sanità, con il supporto di un gruppo di clinici ed ASL, definirà entro marzo 2012 un modello regionale web-based di piano terapeutico per:

- il trattamento di pazienti affetti da artrite reumatoide
- il trattamento di pazienti affetti da psoriasi.

La raccolta dei dati sarà anche di supporto per impostare il lavoro con i clinici volto ad individuare il percorso regionale più efficace ed appropriato per il trattamento dei pazienti affetti da **artrite reumatoide e psoriasi**, sulla base delle più recenti evidenze di costo / efficacia.

Protesica e assistenza integrativa

In materia di assistenza protesica e integrativa si richiama quanto disposto dall'articolo 17 comma 1 lettera c) della Legge n. 111 del 15 luglio 2011.

Per l'anno 2012 relativamente all'assistenza protesica e integrativa si confermano i seguenti obiettivi prioritari per le ASL, al fine di promuovere interventi finalizzati a rendere appropriato il processo assistenziale che regola l'assistenza protesica e l'assistenza integrativa:

- l'attivazione di procedure pubbliche di acquisto aggregate, secondo quanto previsto all'allegato 3, per i dispositivi protesici di cui al DM 332/1999 garantendo la capillarità della distribuzione, il rispetto di standard di qualità e la disponibilità di una gamma di modelli idonea a soddisfare specifiche esigenze degli assistiti;
- il monitoraggio dell'erogazione dei prodotti protesici e di assistenza integrativa, richiamando le ASL alla modalità organizzativa con prescrizione e consegna/erogazione di fabbisogni mensili per quanto riguarda gli ausili monouso nel rispetto dei quantitativi previsti dai piani terapeutici;
- l'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, che sarà oggetto di verifica anche alla luce delle indicazioni del GAT istituito;
- la 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
- l'attività di promozione per il recupero di dispositivi già assegnati ma non utilizzati.

Al fine di rispettare i vincoli di risorse stabiliti dalla normativa nazionale, in via sperimentale, viene fissato un valore massimo di riferimento come costo medio standard annuo per assistibile pesato (in base al sesso e all'età) per l'anno 2012:

- per l'assistenza diabetica e per la dietetica (comprensiva della celiachia, dei lattini e dei prodotti per i nefropatici) il valore medio annuo per assistibile pesato è determinato pari a 11 Euro;
- per la protesica maggiore (comprensiva dei dispositivi extra-nomenclatore) il valore medio annuo per assistibile pesato è determinato pari a 7,8 Euro;
- per la protesica minore il valore medio annuo per assistibile pesato è determinato pari a 6,6 Euro.

Tali valori costituiscono un riferimento massimo per le tre tipologie di assistenza, considerato inoltre che è obiettivo delle ASL il governo delle prescrizioni anche in termini quali-quantitativi.

La sperimentazione di cui alla DGR n. 8730 del 22 dicembre 2008 relativa alla *revisione e riorganizzazione dell'attività di prescrizione ed erogazione di presidi - ausili - protesi* nel corso del 2011 ha visto coinvolte tutte le ASL.

L'obiettivo di allargamento a tutte le ASL lombarde del sistema di erogazione di ausili-presidi-protesi attraverso la sua informatizzazione si può considerare raggiunto, tuttavia, l'estensione ad una gamma più estesa di dispositivi richiede l'attuazione dei contenuti definiti nei diversi gruppi di lavoro e il passaggio dal sw Assistant locale al sw Assistant-RL per tutti gli operatori ASL.

In merito al progetto di cui sopra sono obiettivi vincolanti delle ASL per l'anno 2012 :

- a partire dal 01.04.2012, al fine di erogare a carico del SSR i dispositivi protesici, l'obbligatorietà della prescrizione on line con il sistema Assistant-RL;
- relativamente alle prescrizioni dedicate alla fascia di età 0-18 anni, l'identificazione dei prescrittori deve avvenire all'interno di un'equipe composta dagli operatori delle diverse branche specialistiche in relazione alle varie disabilità (al raggiungimento di questo specifico obiettivo devono contribuire le stesse strutture in cui operano i prescrittori);
- la messa in atto dei contenuti del progetto, definiti nei diversi sottogruppi di lavoro ;
- l'attivazione dei controlli del 50% delle prescrizioni on line.

Ausili per diabetici – rinnovo del piano terapeutico

La D.g.r n. VII/8678 del 9 aprile 2002 ha definito le modalità per attuare le forniture di presidi per diabetici in modo uniforme su tutto il territorio regionale, in particolare stabilendo la durata massimo di un anno del piano terapeutico per la fornitura a carico del SSR degli ausili per diabetici.

Accogliendo le indicazioni del gruppo di approfondimento del diabete , a partire dall'anno 2012 si dispone, aggiornando le indicazioni della DGR n. 8679/2002, che in caso di diabetici di tipo 1 di età superiore ai 12 anni, il rinnovo del piano terapeutico consolidato/stabile **può essere portato a tre anni**. Tali indicazioni derivano dalla revisione delle Linee guida esistenti in letteratura e al rispetto di esse sono tenuti sia i prescrittori, sia gli autorizzatori, fermo restando che, trattandosi di indicazioni, resta salva la discrezionalità clinica.

Titolari di pensione sociale e familiari a carico

Al fine di facilitare e semplificare il percorso di quelle categorie di cittadini con condizioni di particolare fragilità socio-economica, a partire dal 1 gennaio 2012 si dispone che l'esenzione alla partecipazione alla spesa farmaceutica, prevista per i titolari di pensione sociale, sia estesa anche ai familiari a carico.

Monitoraggio attività Centri di riabilitazione visiva

Negli ultimi dieci anni, Regione Lombardia ha aperto una serie di Centri di riabilitazione visiva o potenziato l'attività di nuclei già esistenti, in attuazione della Legge 284/97 e a fronte di progetti finalizzati, pervenuti dal territorio, con l'attribuzione di fondi vincolati a tale finalità, ai sensi della sopracitata legge.

L'attività di questi Centri è monitorata dalle Regioni ed i risultati fanno parte di un flusso di informazioni tra Regioni e Ministero della Salute.

Con l'Accordo Stato-Regioni 2004 è stato sancito in sede di Conferenza Stato Regioni tra rappresentanti del Ministero della Salute e rappresentanti di Regioni l'adozione di schede per la rilevazione delle attività dei centri, che diveniva uniforme ed omogenea su tutto il territorio

nazionale. Il criterio di ripartizione del fondo tra le regioni rimane ancora oggi quello basato sulla quota capitaria (proporzionale alla popolazione residente).

La ripartizione del fondo vincolato Legge 284/97, a partire dall'annualità relativa al fondo 2011, non sarà più collegata alla presentazione di progetti, ma seguirà un criterio di ripartizione fra i centri a fronte dei dati di attività annuali, che dovranno essere trasmessi dai Centri alla DG Sanità, entro il 15 maggio dell'anno successivo a quello di riferimento.

L'apertura di eventuali nuovi Centri potrà avvenire a seguito dei risultati della recente mappatura richiesta dal Ministero e attuata dalle regioni, sulla base dei risultati rilevati con riferimento ai Centri di riferimento regionali (legge 284/97) e delle Strutture, Centri o Residenze che svolgono anche attività di riabilitazione visiva, Nota ministeriale, 9 agosto 2011 e Nota regionale 31 agosto 2011, prot. N. H1 25746 regionale, trasmessa alle Strutture sanitarie lombarde.

Allegato 13

Area salute mentale

La **programmazione** per l'area della salute mentale nel 2012 prende le mosse dagli obiettivi di sviluppo raggiunti negli ultimi anni e dalle innovazioni introdotte in psichiatria all'interno del sistema sanitario lombardo.

I risultati ottenuti dimostrano che il sistema si è sviluppato, che sono stati effettuati degli investimenti significativi nell'ambito della Salute Mentale e che può essere utile studiare e sperimentare nuovi modelli di finanziamento / remunerazione

Tra i temi prioritari, quello dell'**integrazione** è sempre più attuale e da incrementare, con il fondamentale ruolo svolto dagli OCSM per favorire la collaborazione tra soggetti istituzionali e non istituzionali del territorio.

La programmazione nel 2012 per l'**area NPIA** deve evidenziare quanto emerso dalla rilevazione delle attività ordinarie, dal lavoro dei progetti regionali attuati e dal contributo del GAT sull'acuzie psichiatrica in adolescenza, nonché i nuovi progetti di NPIA e le aree prioritarie di intervento e di approfondimento previste nel 2012.

In tale ambito va inserito il problema di una maggiore integrazione di Psichiatria e NPIA per l'area dei disturbi psichici in adolescenza, sia rispetto all'intervento in urgenza e al ricovero di adolescenti con quadri acuti, sia riguardo alle modalità di prevenzione e di trattamento territoriale dei disturbi nella fascia 16-18 anni. L'interesse per questa area di passaggio all'età giovanile, di grande rilievo prognostico e preventivo, deve rappresentare un primo terreno in cui mettere a frutto le esperienze innovative svolte, allo scopo di unire conoscenze e competenze tra NPIA e Psichiatria ed elaborare nuove linee di intervento.

Occorre quindi mantenere e sviluppare la centralità dell'attività **territoriale**, il cui trend è cresciuto in termini di accessibilità e di specificità, grazie al contributo dei programmi innovativi favorendo e monitorando lo sviluppo della collaborazione tra i Dipartimenti ed i MMG; l'attuazione distinta dei percorsi di diagnosi e di cura, l'implementazione del case manager e del PTI (piano di trattamento individuale) come pratica da generalizzare per il trattamento personalizzato del paziente con disturbi psichici gravi e complessi.

Importanza simile va attribuita al riconoscimento e alla cura delle patologie di confine e in **comorbidità** con i disturbi da abuso di sostanze, il ritardo mentale, l'area psicogeriatrica..

A livello ospedaliero, occorre operare per un aggiornamento della funzione del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (**SPDC**), nell'ambito delle attività del Dipartimento di Salute Mentale, in linea con le indicazioni e raccomandazioni presenti nel documento finale del GAT sul ruolo dell'SPDC, ove è presente una proposta di revisione complessiva degli indirizzi circa l'emergenza-urgenza psichiatrica, il trattamento dell'acuzie e i nuovi modelli organizzativi, oltre agli aspetti fondamentali legati alle modalità di contenimento dell'aggressività, all'umanizzazione e alla sicurezza del contesto.

L'interesse per la **residenzialità** psichiatrica, reso attuale anche dal rilievo quantitativo ed economico del settore, sollecita a individuare nuovi modelli e prospettive nei confronti sia delle strutture residenziali con programmi a valenza primariamente riabilitativa, sia delle strutture residenziali prevalentemente assistenziali, sia della residenzialità leggera, che di residenze assistite o di housing sociale. Ciò richiama il tema dello sviluppo complessivo dell'integrazione

tra sanitario e socio-sanitario, accanto ad ipotesi di revisione delle forme di finanziamento, di remunerazione e di contribuzione alla spesa.

Deve inoltre trovare compimento una organica modalità di attuazione del processo di **dimissione** dei pazienti lombardi ricoverati presso gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, oltre ad un aggiornamento della programmazione regionale in materia penitenziaria verso i pazienti psichiatrici autori di reato e l'assistenza in carcere. In particolare va considerato l'esito del lavoro del GAT sull'OPG circa i criteri di dimissibilità, con i percorsi ordinari e sperimentali previsti, nonché, alla luce dei dati rilevati, l'efficacia del coordinamento OPG - Regione – ASL – DSM con il monitoraggio dei progetti individuali programmati.

Riguardo al mantenimento e sviluppo dei **programmi innovativi** per la salute mentale nel triennio 2012 – 2014, i dati ricavati dai flussi informativi relativi alle attività dei programmi innovativi avviati nell'ultimo triennio confermano non solo la capacità di risposta delle innovazioni ai bisogni specifici di salute ma anche il miglioramento dei dati di accesso e di soddisfazione delle attività territoriali. Sulla base di tali risultati evidenziati dalle ASL e nella prospettiva di favorire un coordinamento di aree progettuali a livello regionale, le tematiche strategiche vengono confermate come di seguito indicato:

- i) Prevenzione e intervento precoce nei disturbi psichici gravi;
- ii) Inserimento lavorativo;
- iii) Intervento integrato e lavoro di rete;
- iv) Disturbi emergenti.

Riguardo specificamente all'area dell'inserimento lavorativo, in una prospettiva triennale, le ASL di Como, Bergamo, Milano1 e Sondrio, nell'ambito delle quali è attivo il progetto "Lavoro e Psiche", dovranno individuare le risorse necessarie a proseguire l'innovazione in tale area alla scadenza prevista dal progetto.

Gli interventi di **formazione e miglioramento di qualità** si sono di recente sviluppati, in collaborazione con Eupolis, attraverso programmi formativi organici e capillari sulla implementazione del case manager, le iniziative delle associazioni dei familiari, l'elaborazione di procedure di qualità, e nel contempo sono state avviate ricerche sui processi ed esiti dell'attività dei DSM, sul ruolo degli OCSM, sulle nuove forme di residenzialità. Una prospettiva di continuità promossa a livello territoriale da ASL e AO e volta in particolare a favorire l'umanizzazione delle cure negli interventi ospedalieri, riabilitativi e di comunità, appare oggi auspicabile.

Le azioni prioritarie per l'anno 2012 nell'area della salute mentale

In premessa occorre evidenziare un tema trasversale di grande rilievo inerente lo sviluppo dei processi integrativi tra NPIA e Psichiatria nell'area adolescenza, non solo riguardo agli interventi ospedalieri in acuzie, ma soprattutto a livello territoriale per il riconoscimento e il trattamento dei **disturbi psichici gravi nella fascia 16 – 18 anni**. Proprio rispetto all'utenza di questa fascia di età, l'esperienza maturata nell'ambito dei Programmi Innovativi di salute mentale dello scorso triennio può favorire un confronto tra Psichiatria e NPIA capace di realizzare sintesi operative e organizzative condivise ed integrate, che vedano il coinvolgimento sistematico dei Dipartimenti di Salute Mentale.

In particolare esiste la possibilità, anche correlando operativamente i progetti di NPIA sull'emergenza-urgenza psichiatrica in adolescenza con l'ambito dei programmi innovativi specifici per l'intervento precoce, di realizzare équipes funzionali integrate a livello territoriale in grado di intercettare i bisogni dei 16-18enni affetti da gravi disturbi psichici o a rischio e di intervenire con modalità tempestive e continuative, come richiesto da tutte le evidenze scientifiche internazionali.

Nel contempo l'individuazione di una *fase di transizione all'età giovanile* in ordine alla prevenzione e trattamento precoce delle psicosi e dei disturbi gravi potrebbe ovviare alle attuali criticità rilevate nel passaggio delle competenze al compimento del 18° anno.

La trasversalità degli interventi necessaria in una fascia d'età tanto cruciale richiede approfondimenti condivisi istituendo allo scopo un apposito GAT nel quale devono essere rappresentati psichiatri, neuropsichiatri e psicologi con l'obiettivo di identificare linee operative basate sul consenso.

1) La PSICHIATRIA

I dati di attività territoriale

A differenza di quanto osservato negli anni precedenti, nel biennio 2009-2010 si è assistito ad uno sviluppo significativo dell'area territoriale (pazienti trattati e interventi erogati):

- Il tasso di pazienti in contatto nel 2010 con i Centri Psicosociali e gli Ambulatori lombardi è stato pari a 164 per 10.000 ab. maggiori di 17 anni, con un aumento del 9% rispetto al tasso del 2009: dato significativo se rapportato all'incremento annuale medio del numero di pazienti nettamente inferiore (+3%) nel periodo 2005-2009
- Il tasso di pazienti giovani trattati nei CPS è un indicatore significativo, in quanto questa fascia di età presenta un gap di accessibilità. In media nel periodo 2005-2009 l'incremento annuale è stato pari al 1% per la fascia 18-24 anni e si è osservato addirittura un decremento (-2%) per la fascia 25/34. Nel biennio 2009-2010 questo trend si è invertito e si è assistito ad un aumento importante dei pazienti in trattamento in ambedue le fasce di età (+17% per la fascia 18/24 e +8% per la fascia 25/34)
- Nel 2010 il tasso di interventi erogati è stato pari ad un tasso di 2.264 interventi per 10.000 con un incremento del 8.4% rispetto al corrispondente dato del 2009: un incremento doppio di quello annuale medio del periodo 2005-2009, pari al 4%.
- Più nello specifico l'incremento ha riguardato tra il 2009 ed il 2010 anche la componente psicosociale dell'attività territoriale (attività rivolta alla famiglia +6% e attività psicologica – psicoterapica +7%). Per ambedue queste attività l'incremento medio nel periodo 2005-2009 è stato inferiore al risultato 2009-2010.

I Programmi Innovativi per la salute mentale

Si stabilisce per il 2012 di confermare la destinazione all'area della salute mentale di risorse aggiuntive pari a euro 10 milioni finalizzate, in particolare, alla prosecuzione dei programmi innovativi territoriali avviati a partire dal 2009 e la distribuzione delle risorse tra le ASL come è stata effettuata nel 2011.

I progetti in corso, approvati dalle ASL secondo le modalità previste, sono quindi confermati, con la possibilità di aggiornarli rispetto ai bisogni e alla realtà operativa attuale. Pertanto, al fine di consentire la prosecuzione dei suddetti programmi senza soluzioni di continuità e la conseguente semplificazione dei processi, si confermano le modalità di assegnazione dei fondi alle ASL, con l'indicazione di poter utilizzare almeno l'80% del budget assegnato per proseguire i programmi in corso e fino ad un massimo del 20% per l'avvio di nuovi progetti coerenti con le indicazioni tematiche regionali.

L'area dell'innovazione continuerà a far perno sulle 4 aree prioritarie di intervento sopra elencate in una dimensione inter-dipartimentale e inter-ASL, valorizzando la funzione propria degli OCSM e dei soggetti presenti nel territorio.

Sul piano operativo le ASL, al fine di dare avvio ed operatività ai programmi, devono stipulare un contratto integrativo specifico con le Aziende Ospedaliere / Erogatori accreditati e a contratto per attività di psichiatria territoriale.

Le proposte dei programmi inclusi nell'area dell'innovazione vengono inviate dalle ASL, sentito l'OCSM, alla DG Sanità per approvazione, indicando gli importi attribuiti ai singoli progetti nell'ambito del finanziamento complessivo assegnato alla AO / Erogatore.

La possibilità di produrre e rendicontare attività non riconducibili al singolo utente rimane sino a un massimo del 20% per ciascun programma innovativo. Le attività formative sono effettuabili, nell'ambito delle esigenze dei progetti dell'area dell'innovazione, pur non essendo previste risorse finanziarie dedicate.

Le ASL sono inoltre invitate a promuovere, coinvolgendo i DSM, sia il collegamento dei progetti di area tematica simili attivi sul territorio sia l'integrazione delle attività istituzionali con le attività svolte nell'ambito dei programmi innovativi, favorendo anche la partecipazione delle UONPIA in particolare nella sperimentazione dei programmi innovativi raccomandati per la prevenzione e la gestione integrata dei disturbi gravi in adolescenza.

Al fine di migliorare i processi di valutazione e di assicurare la coerenza metodologica dei progetti rispetto alle tematiche strategiche, occorre validare set di indicatori atti a misurare gli esiti attesi nelle diverse aree progettuali; tali indicatori dovranno essere proposti entro il primo semestre dalle ASL alla DG Sanità, la quale a sua volta favorirà il costituirsi di ambiti di lavoro per il coordinamento regionale delle tematiche affini anche allo scopo di elaborare criteri condivisi dai Responsabili scientifici.

I percorsi di cura territoriali e i CPS

Facendo seguito a quanto sviluppato nel corso degli ultimi anni si intende confermare le raccomandazioni di cui alle Regole 2011, allegato 9, per l'attività territoriale, con particolare attenzione all'accessibilità, agli interventi richiesti dalle popolazioni specifiche di utenti (i giovani in primis) ed alla metodologia dei percorsi di cura nei CPS, che dovrà essere monitorata attentamente sulla base dell'esito degli obiettivi assegnati nel 2011.

La residenzialità

Per quanto riguarda in particolare la residenzialità leggera si dispone la possibilità di realizzare i programmi previsti dall'analisi di fabbisogno compiuta, in coerenza con quanto indicato dalla DGR 937/2010, dalle ASL nel 2011 ed acquisita dalla Direzione Generale Sanità. L'esito atteso del potenziamento dei programmi di residenzialità leggera, fino a un importo massimo

complessivo di euro 4 milioni, e dell'auspicato sviluppo di ulteriori e diverse forme di carattere assistenziale/housing sociale, coerentemente con la normativa regionale, è un miglioramento dell'appropriatezza delle attività erogate dal sistema di offerta residenziale, anche con l'obiettivo di un contenimento del ricorso a strutture non a contratto con il Servizio Sanitario Regionale.

Relativamente alle attività erogate in strutture non a contratto, si richiamano le ASL a mantenere, tramite i Dipartimenti di Salute Mentale, un monitoraggio costante dei ricoveri in atto, prevedendo la registrazione nel Sistema Informativo Psichiatrico dei contatti con i pazienti e verificando periodicamente il permanere delle condizioni che hanno reso necessario l'inserimento in strutture non a contratto.

L'acuzie in SPDC

Gli obiettivi prioritari per il 2012 sono connessi all'attuazione locale delle linee indicate dal GAT SPDC, con particolare attenzione alla verifica dei protocolli previsti (contenzione e contenimento aggressività), alla continuità e al monitoraggio delle azioni avviate nel corso dell'anno.

Il processo di dimissione dagli OPG

La rilevazione regionale effettuata nell'ottobre 2011, cui hanno risposto tutte le ASL e i DSM, offre i seguenti dati:

- I pazienti residenti sul territorio della ASL attualmente in OPG per il quali i DSM e/o le ASL hanno ricevuto richiesta di valutazione e/o hanno in corso una progettualità ai fini della dimissione e/o inserimento in struttura residenziale nel 2011 sono 132
- I pazienti residenti sul territorio della ASL dimessi da un OPG a partire dal 1.1.2011 su progetto del DSM e/o autorizzazione della ASL sono 132.

Risulta quindi che 264 pazienti lombardi sono stati dimessi o hanno in corso un progetto per esserlo dal sistema OPG italiano nel 2011 e sono stati accolti tramite il sistema sanitario e di salute mentale di questa Regione.

Pertanto occorre proseguire il lavoro in atto da parte dei DSM e delle ASL, in collegamento con l'OPG di Castiglione delle Stiviere, in coerenza con le determinazioni nazionali e regionali, la programmazione dell'utilizzo delle strutture residenziali e le succitate indicazioni del GAT regionale sui dimessi da OPG nel territorio.

Il sistema informativo

Nei primi mesi del 2012 si avvierà la sperimentazione pilota del nuovo sistema informativo della Psichiatria. Nel corso dell'anno il sistema sarà progressivamente diffuso presso le varie Unità Operative lombarde in coerenza con un piano di diffusione che sarà definito congiuntamente tra DGS, ASL e AO. A questo fine si invitano le aziende ospedaliere e gli erogatori privati accreditati a supportare il processo di implementazione del nuovo software nelle strutture dei DSM.

In previsione dell'imminente avvio del nuovo sistema informativo si richiama l'importanza di garantire, da parte dei soggetti erogatori, la completezza dei dati (non superando, sui dati valorizzati, il 3% di missing per i codici ICD 10 e i codici fiscali degli assistiti) e la revisione ed aggiornamento delle diagnosi dei pazienti in trattamento fino alla 3° cifra del codice ICD 10. Al fine di permettere una maggiore affidabilità del dato diagnostico è prevista con la nuova versione

del software la possibilità di indicare per lo stesso paziente, oltre la diagnosi principale, una seconda diagnosi ICD 10.

2) NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA (NPIA)

1) progetti di NPIA

Si conferma anche per il 2012 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 adolescenza, di durata biennale, 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. La presentazione dei progetti (siano essi nuovi o prosecuzione di progetti precedentemente avviati) dovrà avvenire entro il 15.01.2012. Il budget complessivo a disposizione a livello regionale per il 2012 sarà di 10 milioni di euro, in base alla tabella sotto riportata.

La ripartizione delle risorse è stata effettuata in base alla popolazione residente 0-17 anni, riparametrata in modo inversamente proporzionale alla presenza di risorse nei servizi di NPIA e nei servizi di riabilitazione per l'età evolutiva nel territorio di riferimento.

ASL	Budget di riferimento
BERGAMO	1.200.000
BRESCIA	1.000.000
COMO	400.000
CREMONA	500.000
LECCO	320.000
LODI	200.000
MANTOVA	350.000
MILANO	1.900.000
MILANO 1	948.000
MILANO 2	550.000
MONZA BRIANZA	800.000
PAVIA	430.000
SONDRIO	152.000
VARESE	520.000
VALCAMONICA-SEBINO	100.000
PROGETTI SOVRATERRITORIALI	630.000
TOTALE 2012	10.000.000

2) Aree prioritarie di intervento e di approfondimento per il 2012

a) acuzie psichiatrica in adolescenza (APA)

Alla luce di quanto emerso dal GAT sul trattamento dell'acuzie psichiatrica in adolescenza, si evidenziano di seguito gli interventi prioritari da effettuarsi da parte di ASL e AO:

- Strutturazione, presso ogni UONPIA, di modalità di accesso ambulatoriale prioritario per la gestione del pre e post APA e per la fascia 16-18 anni, coerentemente con quanto sopra, possibili sperimentazioni di equipe funzionali integrate a livello territoriale con le UO di Psichiatria sugli esordi precoci delle psicosi anche utilizzando modalità e risorse dei programmi innovativi specifici dei DSM e dei progetti di NPIA
- Strutturazione, in ogni Azienda Sanitaria dotata di PS, di protocolli condivisi tra le diverse UO per la gestione dell'APA
- Strutturazione in ogni ASL, per il tramite dell'OC NPIA, di protocolli condivisi interaziendali per la gestione dell'APA, che includano l'individuazione nel territorio di riferimento di almeno un PS/DEA presso il quale sia garantita la consulenza NPIA diurna feriale 8-17
- Rilevazione della situazione strutturale e organizzativa esistente presso i PS/DEA sopraindicati, nell'ottica dell'individuazione di spazi dedicati presso i quali poter effettuare OBI NPIA; definizione della fattibilità e delle modalità organizzative necessarie
- Implementazione dei posti letto di NPIA, anche attraverso l'attivazione di macroaree di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza nell'ambito di letti dipartimentali, con priorità alla città di Milano
- Rilevazione della situazione esistente nei reparti pediatrici e SPDC rispetto all'appropriatezza strutturale ed organizzativa in caso di eventuali ricoveri di APA, e individuazione degli interventi di adeguamento necessari

b) informatizzazione delle UONPIA

Nel corso del 2012 è fondamentale completare la dotazione informatica ed il collegamento in rete di tutte le sedi appartenenti alle UONPIA, con particolare attenzione a quelle periferiche, onde garantire da un lato l'adeguatezza dell'intervento riabilitativo e dall'altro porre le basi per l'attivazione di un sistema informativo mirato delle UONPIA, secondo quanto previsto dalle Linee di indirizzo per la NPIA prevedendo l'integrazione al SISS.

c) interventi semiresidenziali e residenziali terapeutici di NPIA

Alla luce della trasformazione avvenuta in questi anni nella tipologia dei bisogni di semiresidenzialità e residenzialità terapeutica in infanzia ed adolescenza, delle notevoli disomogeneità di distribuzione territoriale delle strutture esistenti, della carenza significativa di risposte per alcune tipologie di utenza, evidenziata anche nel documento del GAT APA, appare necessario effettuare un approfondimento mirato relativamente al sistema degli interventi residenziali e semiresidenziali di NPIA, anche nell'ottica di valutare la eventuale necessità di revisione dei requisiti di accreditamento e delle tariffe.

Pertanto, l'accreditamento di nuove strutture semiresidenziali e residenziali di NPIA nel 2012 potrà avvenire solo dopo la conclusione del GAT ad esse relativo, così come la possibilità di stipulare, previa verifica con la DG Sanità dell'equilibrio complessivo di sistema, nuovi contratti con strutture già accreditate e non a contratto.

3) Disabilità complessa: accessibilità, tempestività e percorsi di cura

La tempestività dell'intervento diagnostico, terapeutico e riabilitativo rappresenta un elemento critico nei disturbi neuropsichici dell'età evolutiva ed in particolar modo nell'ambito della disabilità complessa e dei disturbi dello sviluppo. Data l'evidente complessità della gestione delle liste d'attesa in età evolutiva, il tema richiede un approfondimento sistematico ed interventi mirati (anche attraverso l'istituzione di un GAT) :

- la rilevazione dettagliata della situazione esistente presso ogni ASL, che includa UONPIA, accreditato di NPIA, riabilitazione dell'età evolutiva
- la formazione per gli operatori dei servizi su segmentazione dell'utenza, gestione liste d'attesa, livelli minimi erogativi e definizione di criteri di priorità

Data inoltre la peculiarità e specificità delle prestazioni di NPIA, la necessità di continuità nella presa in carico, la complessità della gestione delle liste d'attesa esistenti, a ulteriore precisazione di quanto già indicato nella nota della DG sanità del 3-2-2010 prot H1.2010.0004404, si raccomanda che la prenotazione delle attività avvenga attraverso CUP dedicato interno alle UONPIA con operatori formati, onde consentire la gestione degli accessi attraverso adeguati criteri di priorità.

4) modalità di monitoraggio e finanziamento delle attività

Nel corso del 2011 è stato completato il previsto approfondimento relativo alle prestazioni erogabili dei servizi di NPIA accreditati pubblici o privati. E' stata conseguentemente effettuata la revisione degli allegati 1A, 1B, 1C ed 1D della DGR n. 2800/2000, su cui è stato acquisito il parere favorevole del Coordinamento dei Referenti di NPIA regionale e della SINPIA (Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza). Il pagamento del ticket, se dovuto, riguarda solo le attività dirette di cui agli allegati 1A ed 1B. A partire dal 1 gennaio 2012 decorreranno pertanto le nuove modalità di monitoraggio e finanziamento delle attività dei servizi di NPIA, secondo quanto indicato in allegato. Contestualmente verrà attivato un monitoraggio mirato delle attività erogate dai servizi di NPIA. Per quanto riguarda la codifica diagnostica, per la quale è previsto dalle Linee di Indirizzo per la NPIA l'utilizzo dell'ICD10, la conversione della diagnosi principale ICD10 in ICD9-CM dovrà avvenire attraverso la specifica tabella di conversione allegata. Si ricorda inoltre la necessità di adempiere all'obbligo informativo attraverso Fluper per tutto il personale afferente ai servizi di NPIA.

Allegato 14

Sistema Informativo Socio Sanitario

Come verificato nelle diverse articolazioni dei comitati SISS e sulla base delle indicazioni provenienti dai territori si è resa necessaria una rivisitazione degli obiettivi per il SISS, aggiornando quindi gli obiettivi strategici delle DDGR VIII/10031/2009 e VIII/10512/2009.

Bisogna anche tener presente che il contesto nazionale si sta ulteriormente muovendo su una linea di tendenza coerente con la strategia regionale e quindi porta a focalizzare ancora meglio alcune tematiche. Particolare rilevanza assume tutto ciò che ruota attorno alla gestione, condivisione e trasmissione dei dati in modo elettronico (la dematerializzazione, la ricetta elettronica, i certificati on-line, le nuove modalità di verifica delle esenzioni) e quindi diventa elemento imprescindibile l'affidabilità del dato elettronico stesso.

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, e l'attuazione, in ambito regionale, delle disposizioni di cui al DPCM 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 nazionale 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 sulla scia di quanto già evidenziato nelle Regole dell'anno scorso, diventa prioritario 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.

Altro obiettivo prioritario sarà l'immediata registrazione delle assegnazioni dei ricettari medici al fine di evitare incongruenze nei flussi da inviare al Ministero dell'Economia

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 dovranno:

- per quanto riguarda la completezza del FSE, sensibilizzare i 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 promuovere l'opportunità, con le diverse attività di comunicazione, in sinergia con le ASL, per il cittadino della costituzione del proprio FSE attraverso il semplice rilascio del "consenso". Sulla base delle esperienze migliori si ritiene che il livello ottimale a cui tendere sia il 65% dei consensi.
- continuare la promozione del rilascio dei PIN secondo obiettivi definiti a livello locale in funzione delle iniziative presenti sui singoli territori

Per l'anno 2012 diventa obbligatorio digitalizzare i referti, con l'obiettivo di incrementare quindi le attuali percentuali di pubblicazione dei referti e l'estensione del patient summary sulla base dello schema emesso dal Ministero della Salute.

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.

La Giunta approverà entro il 2011 il piano pluriennale di sviluppo e diffusione della dematerializzazione presso le diverse aziende sanitarie

COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA

Le nuove modalità di gestione della verifica delle esenzioni ticket sulla base del reddito, hanno avuto un forte effetto sulla popolazione e sulle strutture organizzative del territorio che ne hanno dovuto gestire l'impatto.

Per diminuire tali situazioni di disagio la Regione Lombardia sta valutando la possibilità dal punto di vista giuridico di far valere le esenzioni fino a che non intervenga un cambiamento di condizione/reddito da parte del cittadino, superando in tal modo la necessità di rimandare i cittadini ogni anno a rinnovare l'autocertificazione del diritto all'esenzione.

E' previsto inoltre un progetto sperimentale con Finlombarda per la verifica della correttezza delle esenzioni dal pagamento dei ticket sanitari concesse ai cittadini. In particolare, l'obiettivo è quello di far emergere e recuperare, attraverso controlli specifici e mirati, il credito per esenzioni non dovute. Altra indicazione prioritaria ribadita è il pagamento anticipato del ticket, in coerenza alla rivisitazione dei processi interni funzionali alla consegna on line dei referti.

CERTIFICATI MEDICI ON LINE

Il Decreto del 26 febbraio 2010 (GU n. 65 del 19/03/2010) 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 DPCM 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.

A valle dell'attività di istruttoria e condivisione con tutti i Ministeri e le Regioni è in fase di emissione il nuovo disciplinare tecnico che ridefinisce la struttura del certificato di malattia e le situazioni in cui dovrà essere compilato.

Si sta altresì valutando l'introduzione della modalità di trasmissione informatica anche per i certificati medici di infortunio sul lavoro secondo uno specifico accordo tra Regione Lombardia e INAIL.

Si dovranno quindi implementare le soluzioni informatiche specifiche per migliorare la fruizione dei servizi in particolare nell'ambito ospedaliero per agevolare al massimo l'attività dei medici.

COINVOLGIMENTO Enti Erogatori Privati Accreditati

Come sottolineato dal PSSR della IX legislatura, al fine di garantire la completezza del Fascicolo Sanitario Elettronico 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, rivedendo comunque per le strutture molto piccole un livello di integrazione "essenziale".

Vista l'estensione progressiva e la diffusione della gestione esclusivamente elettronica dei dati va potenziata 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.

RETE REGIONALE DI PRENOTAZIONE

Si ribadisce l'importanza anche per il 2012 di utilizzare in modo sempre più estensivo il sistema di gestione delle prenotazioni messo a disposizione dal SISS (il cosiddetto servizio SEB GP) incrementando l'esposizione delle agende al fine di renderle accessibili attraverso tutti i canali (farmacie, internet, call center).

Vista la riorganizzazione complessiva del servizio attualmente in corso che avvierà con alcune realtà aziendali una sperimentazione di nuovi modelli organizzativi in funzione del nuovo sito lombardo, complessivamente per le aziende si prevede quale obiettivo per il 2012 il consolidamento degli attuali livelli quantitativi delle prenotazioni via call center.

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 2012 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 (DGR VIII/10512/2009), le aziende dovranno predisporre entro il 29 febbraio 2012 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.

Allegato 15

Indirizzi di programmazione socio sanitaria

IL CONTESTO DI RIFERIMENTO

Il contesto sociale lombardo, non diversamente da quanto accade in tutti gli altri paesi occidentali a economia evoluta, è interessato da una serie di profonde trasformazioni nella sua struttura demografica. La struttura delle famiglie ha avuto un mutamento importante: aumentano le famiglie monocomponente e si riducono fortemente i nuclei familiari con quattro, o cinque e più componenti.

La diminuzione globale delle nascite, oltre che i progressi della medicina, che hanno portato ad un allungamento quantitativo dell'aspettativa di vita, hanno determinato il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione lombarda: l'indice di vecchiaia in Lombardia è pari al 143%, superiore a quello dell'Unione Europea che è il 108%. Infatti, le persone di età maggiore a 65 anni sono attualmente circa il 20% del totale della popolazione, di questi, il 5,4% vive da solo e il 6,5% di questi anziani soli è in condizione di povertà assoluta.

Altri cambiamenti sono avvenuti in questi ultimi anni determinando una maggiore vulnerabilità sociale dei cittadini lombardi, tra i quali i più significativi sono: la gravissima crisi economica, l'indeterminatezza del mercato del lavoro, il progressivo indebolimento delle relazioni familiari, lo sfilacciamento delle reti sociali e l'aumento delle patologie cronico degenerative che richiedono alle famiglie impegni assistenziali, psicologici e finanziari assolutamente nuovi e che spesso disarticolano l'organizzazione della quotidianità familiare.

La famiglia, nel contesto sopra delineato, può incontrare nelle diverse fasi del ciclo di vita, differenti condizioni di fragilità legate non solo a situazioni di insicurezza economica, lavorativa e relazionale, o di grave malattia di un componente, ma anche alla nascita di figli, alla crisi del proprio ruolo educativo, alla crisi della coppia, ecc, eventi questi che rendono la famiglia vulnerabile rispetto ad una sua condizione di benessere complessivo.

Una dimensione di fragilità di particolare rilevanza è quella riferita alla condizione di non autosufficienza della persona, determinata dall'invecchiamento, associato a malattie, o da patologie insorgenti alla nascita o nel corso dell'esistenza che limitano la capacità funzionale e che richiedono alla famiglia la messa in campo, per l'assistenza, di risorse fisiche e psicologiche, oltre che economiche.

In linea generale, si assiste, da un lato, ad un progressivo aumento dell'aspettativa di vita, associato all'aumento della prevalenza del numero di soggetti adulti/anziani affetti da patologie croniche e a lungo termine, dall'altro, si osserva un aumento della fragilità legata alla perdita di abilità fisiche, psicologiche e sociali, spesso in presenza di quadri clinici di grande complessità che mutano continuamente nel corso della storia naturale della malattia.

A fronte di queste profonde modificazioni dello stato di salute delle persone, la rete di residenzialità protetta ha risposto in questi ultimi anni a nuove pressanti richieste provenienti da famigliari di persone in condizione di disabilità estrema (derivanti da condizione di Stato vegetativo, malattie del motoneurone ed in particolare la Sclerosi Laterale Amiotrofica) e, su precise indicazioni regionali, hanno attrezzato specifiche aree dedicate con personale qualificato per rispondere adeguatamente alle necessità assistenziali di queste persone.

D'altro canto, si rileva che a determinate situazioni di fragilità e di non autosufficienza, che richiedono una presa in carico globale integrata e continuativa ed il coordinamento di tutte le attività ad essa riferite nel periodo successivo alla fase acuta della malattia (post-acuzie), nella fase cronica di lungoassistenza e nelle situazioni di disagio/fragilità sociale globalmente intese, non corrispondono risposte appropriate da parte dell'attuale rete di offerta sociosanitaria.

Una forte domanda proviene dalle persone in condizione di terminalità e dalle loro famiglie non soddisfatta totalmente dalla attuale rete degli Hospice sociosanitari (con lunghe liste d'attesa) che pur garantiscono una dotazione di 0,25 p.l. ogni 10.000 abitanti, superiore all'indice di programmazione regionale pari a 0,15 p.l. ogni 10.000 abitanti.

Un'altra dimensione di fragilità è rappresentata dai minori in età evolutiva con disabilità, per la quale si evidenzia che l'attuale rete di offerta si caratterizza per insufficienza quantitativa e distribuzione disomogenea delle Strutture riabilitative territoriali extraospedaliere accreditate e a contratto oltre che da una insufficiente capacità di presa in carico da parte dei Servizi della Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza. In particolare, per quanto riguarda la rete delle Strutture riabilitative ambulatoriali, le caratteristiche di insufficienza e di disomogeneità della distribuzione si amplificano in maniera tale da produrre una importante carenza, se non assenza totale, in alcuni territori, di risposta ai bisogni rappresentati dalle famiglie, determinando lunghe liste d'attesa presso tali Strutture.

Un'altra delle dimensioni di fragilità della popolazione lombarda, di notevole complessità per la rapidità dell'evoluzione dei bisogni, è quella delle dipendenze. Si rileva che le modificazioni delle abitudini legate all'assunzione di sostanze sono fortemente condizionate dalle modificazioni del contesto socio-culturale, determinando forti impatti sull'assetto organizzativo dei servizi. Nuovi bisogni emergono per forme nuove di dipendenza, per situazioni di cronicità, di grave disagio e devianza, di minori in difficoltà che associano anche problemi di dipendenza, di abuso/dipendenza compatibile con una vita sociale e lavorativa. Tutti questi nuovi bisogni richiedono di rivedere le modalità di approccio e di pensare nuovi modelli di intervento.

Tutte queste diverse dimensioni di fragilità necessitano inoltre di essere tutelate, "protette" per avere le necessarie garanzie di una vita di qualità attraverso:

- il riconoscimento e il rispetto delle aspirazioni,
- la legittimazione a rappresentare i propri bisogni,
- il governo dei legittimi interessi.

In questo senso, la "protezione" della persona fragile deve essere capace di comprendere i suoi reali bisogni e trovare soluzioni adeguate nel rispetto della sua dignità e delle sue capacità, tenendo conto anche delle aspirazioni della famiglia.

Tutto quanto sopra descritto impone una profonda riforma del welfare lombardo che deve fondare le proprie *policy* sul principio della centralità della persona rispetto al sistema di servizi, in tutte le fasi della vita.

Già con la D.G.R. n. 937/2010 di determinazioni in ordine alla gestione del Servizio sociosanitario regionale per il 2011 si era preso atto delle modificazioni socio-culturali intervenute nel contesto lombardo ed era stato definito un insieme coordinato di azioni, anche di natura sperimentale, per dare avvio alla realizzazione della riforma del sistema di welfare, spostando l'attenzione dall'*offerta* –di servizi e/o strutture-, alla *domanda*, riportando al centro di tutto il sistema dei servizi e degli interventi la persona e la sua famiglia.

Tale inversione del modello di assistenza è volta a:

- sostenere e sviluppare la capacità della rete dei servizi di “prendersi cura” delle persone e delle loro famiglie, oltre che del “curare”, azione questa più concentrata sulla malattia;
- sviluppare strumenti di lettura e valutazione del bisogno in tutte le sue dimensioni tenendo conto del contesto familiare e socio ambientale di vita;
- realizzare concretamente una “presa in carico” integrata della persona fragile che garantisca sul territorio un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi sanitari e sociali, per fornire l'unitarietà tra le diverse tipologie di prestazioni, la continuità tra le diverse azioni di cura e assistenza, la realizzazione di percorsi integrati.

In coerenza con quanto sopra esplicitato, nel corso del 2011 si sono attivate le seguenti azioni:

➤ *Famiglia: azioni di conciliazione e di sostegno ai ruoli genitoriali*

- approvazione del Libro Bianco sulla conciliazione: sostegno della programmazione territoriale per interventi di conciliazione famiglia/lavoro (campione 1050 lavoratori e 5 grandi imprese), sottoscrizione di 13 accordi di collaborazione con Enti istituzionali, imprese ecc (avviati 10 piani di azione), sperimentazione della dote conciliazione;
- Bando per la sperimentazione di progetti innovativi in materia di welfare aziendale e interaziendale;
- attuazione del Piano Straordinario Nidi finalizzato all'acquisto da parte dei Comuni di posti nido presso erogatori privati.
- definizione delle linee guida per gli affidi familiari;
- approvazione dei requisiti di accreditamento delle Unità d'offerta sociali per minori;
- bando ai sensi della LR n. 23/99 per la realizzazione di progetti a sostegno delle famiglie;
- realizzazione del progetto NASKO a sostegno delle madri in difficoltà.

➤ *Consultori*

- sperimentazione delle funzioni di ascolto, orientamento e supporto psicopedagogico delle famiglie in 30 consultori pubblici e privati accreditati volta a raccogliere le richieste e i bisogni delle famiglie proponendo soluzioni in tempo reale e garantendo una presa in carico globale.

- *Non autosufficienza: persone anziane e persone con disabilità*
 - avvio del percorso del nuovo modello di valutazione del bisogno su alcune unità d’offerta e per alcune tipologie d’utenza: Assistenza domiciliare integrata per anziani e persone con disabilità (in 6 ASL);
 - approvazione con DGR n. 2124/2011 delle linee di indirizzo sperimentali per l’assistenza di persone in stato vegetativo con le quali è stato esteso il target delle persone diagnosticabili in tale condizione, inoltre è stata disposta l’erogazione di voucher a persone in Stato Vegetativo per la scelta della struttura residenziale più idonea alla loro presa in carico (in Residenza sanitario assistenziale per anziani o per persone con disabilità);
 - attivazione di progetti in attuazione del Piano d’Azione Regionale per le persone con disabilità:
 - monitoraggio delle azioni di tutte le Direzioni Generali di Regione Lombardia per l’integrazione delle politiche regionali per la disabilità;
 - avvio di progetti territoriali a favore di persone non autosufficienti con bisogni complessi (valutazione multidimensionale, definizione di progetti individuali integrati a sostegno della domiciliarità).

- *Dipendenze*
 - avvio della sperimentazione del modello di inversione del modello dall’offerta alla domanda in 9 ASL;
 - linee guida alle ASL per l’attuazione di azioni di prevenzione dei comportamenti di abuso di alcol e droghe;
 - avviata la realizzazione di programmi di prevenzione centrati sull’acquisizione di competenze (*life skills program*) rivolti agli adolescenti e alle loro famiglie in 114 scuole.

SEMPLIFICAZIONE

Al fine di consentire al sistema di raggiungere fondamentali obiettivi di semplificazione e snellezza nelle procedure, anche evitando la duplicazione degli oneri di presentazione degli atti/certificati da parte dei soggetti erogatori di prestazioni, nel corso del 2012, sarà recepita la normativa (Legge 241/1990, come modificata dall’articolo 49, comma 4-bis, della legge 122/2010) in materia di semplificazione degli atti.

In particolare si provvederà all’adozione di specifici provvedimenti diretti alla semplificazione dei processi di messa in attività e accreditamento delle unità di offerta sociosanitarie con l’applicazione della Segnalazione Certificata di inizio attività (SCIA), in luogo dell’attuale Denuncia di inizio attività (DIA). Sarà inoltre introdotta la possibilità di presentare la richiesta di accreditamento contestualmente alla SCIA. Sino all’entrata in vigore dello specifico provvedimento si applicano le procedure previste dalla d.g.r. n. 8496/08.

Contestualmente agli interventi di razionalizzazione e semplificazione della disciplina di cui sopra sarà attuata la messa a sistema di un applicativo che informatizzi il registro regionale degli enti accreditati di cui alla LR 3/2008.

Di conseguenza l’inserimento dei dati nel registro informatizzato da parte delle ASL diventerà parte

essenziale ed obbligatoria della procedura di accreditamento.

ACCREDITAMENTO

Al fine di garantire una sempre maggiore qualificazione dei soggetti che operano nella rete sociosanitaria e a tutela degli utenti e della centralità della famiglia si procederà all'adozione di provvedimenti per la definizione di un modello di accreditamento universale che preveda la definizione di specifici requisiti omogenei per tutte le unità di offerta sociosanitarie. In particolare si precisa sin da ora che tra i requisiti che dovranno essere disciplinati con lo scopo di migliorare l'efficienza e la trasparenza dell'operato sia della regione sia dell'ente accreditato dovranno esservi:

- l'acquisizione di personalità giuridica per le unità di offerta a regime residenziale e semiresidenziale;
- l'adeguamento, per le unità d'offerta residenziali con capacità ricettiva uguale o superiore agli 80 posti, al Decreto *Legislativo n. 231 dell' 8/06/2001 recante "Disciplina della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni, anche prive di personalità giuridica, a norma dell'art. 11 della legge 29/09/2000, n. 300"*;
- la revisione dei contenuti essenziali della Carta dei servizi, quale strumento diretto ad informare i soggetti che fruiscono della rete dei servizi sulle condizioni che danno diritto all'accesso, sulle modalità di erogazione delle prestazioni, sulle condizioni per facilitarne la valutazione, sulle procedure per tutelarsi nei casi di inadempienza;
- la definizione dei contenuti del contratto d'ingresso tra utente e unità di offerta sociosanitarie accreditate e a contratto.

Stante il passaggio dall'offerta alla domanda e la centralità della persona i requisiti gestionali di accreditamento saranno rivisti sulla base della valutazione multidimensionale della persona fragile pertanto con apposito provvedimento verranno definiti i requisiti regionali per l'esercizio e l'accreditamento dell'assistenza domiciliare integrata superando in tal modo l'attuale sistema fondato sui patti di accreditamento a livello di ASL.

Nelle more della definizione dei requisiti, potranno essere rinnovati solo i patti di accreditamento in essere, fissando la scadenza massima al 30 giugno 2012. Non potranno quindi essere sottoscritti nuovi patti di accreditamento da parte delle ASL.

Con il presente provvedimento si recepiscono i principi del Piano d'indirizzo per la Riabilitazione approvato dalla Conferenza Stato-Regioni il 6 febbraio 2011. In attesa di successivo provvedimento regionale, che darà attuazione a tale Piano ed armonizzerà la normativa regionale attualmente vigente, non si procederà a nuovi accreditamenti di unità d'offerta di riabilitazione territoriale extraospedaliera o ampliamenti di accreditamento di quelle già accreditate, con la sola eccezione delle prestazioni ambulatoriali rivolte a minori disabili, a causa dell'insufficienza e disomogeneità di questa offerta sul territorio.

In previsione della revisione complessiva del sistema dei servizi per le dipendenze, saranno consentite solo modifiche di accreditamenti delle strutture già accreditate, mantenendo inalterato il numero complessivo di posti già accreditati. Potranno essere accreditate solo nuove unità di offerta

che abbiano presentato DIA entro la data di approvazione della presente delibera e per le quali non siano intervenute successive prescrizioni da parte dell'ASL.

Sempre sulla base dei principi stabiliti dal Piano Sociosanitario regionale ed in consequenzialità con la nuova classificazione e valutazione dei bisogni delle persone fragili, volta a creare classi omogenee e a definire modalità uniformi di valutazione, nel corso del 2012 si procederà ad attività volte alla revisione del sistema di classificazione delle persone ospiti di RSA ed alla riforma dei requisiti gestionali di accreditamento.

PIANI PROGRAMMA

Il processo di adeguamento strutturale di RSA e CDI è pressoché totalmente concluso, grazie al forte impegno organizzativo ed economico messo in campo negli ultimi anni dai gestori per il raggiungimento dell'obiettivo.

Preso atto che il 31 dicembre 2011 scadono i termini relativi all'adeguamento strutturale di queste due tipologie di unità d'offerta, sarà possibile per le ASL confermare, per tutte le strutture che non hanno ancora conseguito l'autorizzazione definitiva e per un termine non eccedente il 31 marzo 2012, l'autorizzazione provvisoria emessa sulla base del piano programma. Tale termine è previsto ai soli fini della ricollocazione degli ospiti, secondo un piano concordato con le famiglie, o della valutazione di circostanze eccezionali che, eventualmente, ne giustifichino il differimento.

La valutazione di cui al paragrafo precedente, che si prevede congiunta da parte di ASL e Direzione Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà sociale, sarà effettuata sulla base di un procedimento istruttorio di competenza dell'ASL.

Per le altre tipologie di unità di offerta 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, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale. Qualora le motivazioni addotte a fondamento della richiesta di conferma dell'autorizzazione provvisoria e proroga del piano programma non fossero giudicate sufficienti, potrà essere emessa una autorizzazione temporanea al solo fine garantire la ricollocazione individuale degli ospiti in carico alla struttura, secondo un piano concordato con le famiglie e con l'ASL.

INDICAZIONI PER LA PROGRAMMAZIONE TERRITORIALE

Le ASL sono tenute ad attivare tutti i processi di coinvolgimento e di partecipazione, anche attraverso momenti di confronto con tutti gli attori del territorio, in una logica di armonizzazione degli strumenti di programmazione del territorio e sono altresì responsabili dell'integrazione della programmazione sociale con quella sanitaria e sociosanitaria ai sensi della l.r. 3/2008.

Le ASL esplicano tali funzioni in particolare attraverso:

- gli Accordi di Programma di cui alla legge 3/2008, sottoscritti insieme ai Comuni per l'attuazione dei Piani di Zona;

- i Piani integrati locali di promozione della salute;
- il Documento di Programmazione e Coordinamento dei servizi sanitari e sociosanitari dell'ASL;
- gli Accordi di Collaborazione per la costituzione della Rete territoriale di conciliazione, di cui l'ASL è Capofila.

Emerge inoltre l'urgenza di agire perchè tali strumenti e documenti di programmazione si coordinino e interagiscano più in generale con altri strumenti di programmazione territoriale già esistenti, quali le Linee regionali di indirizzo per le politiche giovanili, gli Accordi Quadro per lo Sviluppo Territoriale (AQST), la programmazione triennale 2010/2012 delle Province, il Piano di Governo del Territorio, il Piano territoriale degli orari dei servizi, i Patti territoriali per l'occupazione.

Rispetto agli obiettivi specifici che le ASL devono raggiungere e alle azioni concrete a loro carico, anche in prosecuzione di azioni già avviate nel 2011, si richiamano di seguito i più recenti atti di programmazione territoriale di riferimento:

- Piano regionale in attuazione dell'Intesa Stato – Regioni e PA - AALL in materia di conciliazione famiglia – lavoro;
- Piano di Azione Regionale a favore delle persone con disabilità;
- Semplificazione dei rapporti tra Pubblica Amministrazione e Terzo Settore;
- Linee regionali per l'affido familiare;
- Libro Bianco conciliazione famiglia lavoro;
- Linee di indirizzo per la programmazione sociale a livello locale 2012 – 2014.

Obiettivi della programmazione territoriale:

- promuovere una nuova programmazione integrata e partecipata, coinvolgendo tutti gli attori a livello locale;
- facilitare l'accesso dei cittadini e delle famiglie alla fruizione di un sistema non frammentato e integrato di interventi e servizi, coerente con l'evoluzione dei bisogni e capace di risposte appropriate;
- realizzare un ambiente sempre più capace di sostenere concretamente la volontà delle persone con disabilità di perseguire la propria piena realizzazione personale e sociale;
- dare continuità alle reti territoriali conciliazione, promuovere l'adesione di nuovi soggetti e l'armonizzazione degli strumenti di programmazione in un'ottica di conciliazione;
- sviluppare partecipazione ai processi di cambiamento e innovazione, attraverso la condivisione di obiettivi comuni e l'apprendimento reciproco tra i diversi stakeholder;
- sviluppare servizi di conciliazione a favore dei propri dipendenti;
- favorire le iniziative sperimentali coerenti con i processi di riforma tra cui quelle volte alla sperimentazione, all'implementazione e alla diffusione della contrattazione aziendale e territoriale per la stipula di accordi di welfare integrativo, che si collocano in sinergia con la programmazione del welfare territoriale, con il coinvolgimento delle parti sociali, così come

previsto dall' Intesa tra Anci Lombardia e Organizzazioni sindacali sottoscritta il 15 marzo 2010.

Il sistema delle regole 2012 chiede alle Aziende Sanitarie Locali di:

- coordinare, nell'ambito dei percorsi di costruzione dei Piani di Zona del proprio territorio, le attività finalizzate a:
 1. un'analisi dei bisogni socio-sanitari e sociali, delle risposte, dei soggetti e dei network attivi sul territorio effettuata entro un perimetro di conoscenza sovra distrettuale, coincidente con il territorio dell'Azienda sanitaria locale di riferimento;
 2. l'individuazione di obiettivi condivisi con il territorio di riferimento e di modalità operative concrete per la realizzazione dell'integrazione sociosanitaria:
 - promuovere la propria partecipazione alle iniziative sperimentali nell'area socio-sanitaria e sociale a carattere innovativo che saranno determinate e sviluppate dai Comuni e dagli Ambiti;
 - sottoscrivere gli Accordi di Programma ai sensi dall'art. 18 della l.r. n. 3/2008 per il triennio di programmazione sociale 2012 – 2014;
 - assicurare la governance delle reti territoriali conciliazione secondo le previsioni degli accordi territoriali sottoscritti nel corso del 2011.
 - realizzare misure di conciliazione dei tempi di vita e di lavoro a favore del personale operante nelle ASL;
- contribuire per la parte di propria competenza all'avanzamento del Libro Bianco Conciliazione e alla piena attuazione dei Piani territoriali conciliazione approvati e al monitoraggio e valutazione delle azioni sperimentali avviate.

FLUSSI INFORMATIVI

Nel corso del 2012 verranno poste in essere azioni tese a superare la disomogeneità della rilevazione dei dati, da parte delle ASL, di rendicontazione delle prestazioni erogate nelle unità di offerta sociosanitarie lombarde. I soggetti gestori non possono in alcun modo essere esposti al rischio di dover adempiere al proprio obbligo di rendicontazione secondo logiche territoriali differenti. Occorre pertanto sottolineare che non saranno più ammissibili da parte delle ASL operazioni di personalizzazione degli strumenti definiti dalla Direzione Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà sociale per la rilevazione del debito informativo a carico degli enti gestori. Le modalità e i contenuti del debito informativo costituiscono infatti da sempre ambiti di competenza della Direzione Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà sociale rispetto ai quali non residuano spazi di discrezionalità in capo alle ASL.

Le ASL saranno pertanto tenute a concorrere dal 2012 alla realizzazione dell'obiettivo di definizione di un sistema di debito informativo sociosanitario caratterizzato da omogeneità in termini di modalità, di tempistica e di contenuto della rilevazione, provvedendo ad una progressiva dismissione degli strumenti informatici locali che non risulteranno in linea con le indicazioni regionali.

Nel corso del 2012 le ASL saranno tenute a concorrere agli obiettivi derivanti dalla messa a regime del sistema del debito informativo ministeriale collegato all'area dell'assistenza domiciliare (flusso SIAD), a quella dell'assistenza residenziale e semiresidenziale a favore della popolazione anziana (flusso FAR) e, infine, all'area delle dipendenze. Le ASL dovranno infatti garantire il rispetto della tempistica di trasmissione dei tracciati definita in rapporto ai singoli flussi informativi, lavorando altresì con i soggetti gestori del rispettivo territorio in funzione della qualità dei dati trasmessi. Particolare impegno dovrà essere diretto a verificare l'effettiva applicazione delle condizioni di validità dei tracciati, in applicazione delle note e delle circolari regionali sui singoli flussi informativi, al fine di garantire l'invio al Ministero del numero maggiore di record.

CONTROLLI

Le variazioni normative introdotte in questi anni, basate principalmente su processi di semplificazione e snellimento delle procedure, in particolare per quanto riguarda l'avvio delle attività in ambito sociosanitario, richiedono modificazioni delle regole a presidio dell'attività di vigilanza e controllo, che garantiscano, nell'ottica del principio di centralità del cittadino, il mantenimento di un'adeguata tutela del livello di soddisfazione della domanda, dell'appropriatezza e della congruità delle prestazioni. Devono inoltre essere incentivati i percorsi correlati al miglioramento continuo della qualità che possano avvenire anche attraverso processi di autocontrollo da parte degli erogatori.

Nelle more dell'approvazione di un apposito provvedimento di modifica complessiva della DGR 8496/2008, che adegui i contenuti alle novità normative sinora intervenute, anche in materia di semplificazione e definisca infine ruoli, competenze e funzioni, rispettivamente della Regione e delle ASL, per quanto attiene all'esercizio, accreditamento, vigilanza e controllo di appropriatezza, si confermano le disposizioni della DGR 937/2010 in materia di redazione dei piani di controllo da parte delle ASL e le percentuali di controllo ivi stabilite, per quanto riguarda sia la vigilanza che i controlli di appropriatezza delle prestazioni socio-sanitarie e sociali.

In particolare per il 2012 le ASL dovranno attenersi alle specifiche indicazioni della Direzione Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale che verranno impartite in ordine a specifici controlli su piani programma e sperimentazioni.

ACQUISTI BENI E SERVIZI

Al fine di ottimizzare e minimizzare i costi relativi alle unità d'offerta sociosanitarie, che andrebbero a determinare benefici per l'intero sistema con particolare riguardo ai cittadini fruitori dei servizi, nel corso del 2012, in analogia con il modello già messo in atto mediante l'istituzione della "Centrale acquisti regionale", la Direzione Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà sociale intende promuovere modalità e strumenti per l'aggregazione di diversi erogatori di prestazioni sociosanitarie nelle procedure di gara per l'acquisto di beni e servizi.

Soprattutto con riguardo ai piccoli erogatori, aventi scarso potere negoziale e carenti di informazioni per l'ottimale gestione delle procedure di gara, si ritiene indispensabile avviare delle procedure per l'acquisto congiunto di beni e servizi.

Per perseguire tale obiettivo, sarà compito delle ASL fornire il supporto organizzativo e strumentale al fine di coordinare i diversi erogatori che intendessero aderire ad iniziative per l'acquisto aggregato di beni e servizi.

Nel corso del 2012 si procederà altresì ad avviare un sistema di monitoraggio dei costi sostenuti dagli erogatori nei diversi ambiti territoriali per la fornitura di alcuni beni. Tale monitoraggio consentirà un'analisi comparativa dei costi sostenuti dai gestori.

Sia lo strumento delle forniture congiunte, sia l'avvio del sistema di monitoraggio dei prezzi consentiranno di contenere l'ampia variabilità di costi sostenuti per uno stesso bene dai diversi erogatori di prestazioni sociosanitarie. L'abbattimento significativo del costo di alcuni beni produrrà benefici significativi per gli erogatori e con ricadute positive per quanto riguarda l'entità delle rette a carico degli utenti dei servizi.

PROGETTI E SPERIMENTAZIONI

Nel 2012, compatibilmente con le risorse disponibili, si attiveranno progetti sperimentali nell'area della riabilitazione ambulatoriale territoriale extraospedaliera per minori disabili, nell'area delle dipendenze e nell'area della fragilità e non autosufficienza.

Le sperimentazioni, previo atto d'indirizzo della Giunta regionale, si articoleranno come segue:

- **area della riabilitazione ambulatoriale territoriale extraospedaliera per minori disabili**
Saranno promossi progetti e sperimentazioni per venire incontro alle reali e pressanti necessità di riabilitazione di bambini e adolescenti con disabilità e per offrire alle loro famiglie interventi concreti a sostegno della loro azione costante di assistenza
- **area delle dipendenze**
Nella prospettiva della generale evoluzione del sistema regionale delle dipendenze, nel 2012 verranno sperimentati nuovi modelli di intervento rispondenti ai bisogni emergenti, anche con l'individuazione di best practices (es. situazioni di cronicità, di grave disagio e devianza, minori in difficoltà anche con problemi di dipendenza, di abuso/dipendenza compatibile con una vita sociale e lavorativa, risposte dedicate a particolari tipologie e modi di consumo/abuso/dipendenza,...).
Nella revisione del sistema di intervento per le dipendenze verranno sperimentati e introdotti nuovi modelli (modalità) di gestione delle unità di offerta maggiormente adeguati alle caratteristiche della domanda: es. dipendenze croniche, cocaina, dipendenze comportamentali.
- **area della fragilità e della non autosufficienza**

Si sperimenteranno:

- soluzioni che si rivolgono a persone che necessitano di migliorare il più possibile lo stato di autosufficienza attraverso interventi di assistenza che non possono essere svolti a domicilio e di riattivazione (recupero non solo funzionale ma anche comportamentale/relazionale), nonché controlli ed interventi ripetuti nel tempo per sostenere l'equilibrio raggiunto.

L'assistenza che viene fornita prevederà delle soglie temporali massime di presa in carico, utili all'acquisizione di condizioni compatibili per un "reinserimento sicuro" della persona fragile nel proprio contesto sociale di vita o per un "accompagnamento" della stessa verso altre soluzioni offerte dalla rete dei servizi sociosanitari;

- strutture residenziali per l'accoglienza di minori con gravissime disabilità associata a breve speranza di vita e adolescenti con gravi problemi relazionali e di devianza;
- strutture di residenzialità leggera con caratteristiche di tipo alberghiero ma nel contempo in grado di garantire anche protezione sociale/ sociosanitaria al fine di offrire alle famiglie periodi di sollievo;
- proseguirà per tutto il 2012 la sperimentazione delle linee di indirizzo, approvate con DGR n.2124/2011, per l'assistenza di persone in stato vegetativo.

- **area assistenza domiciliare integrata**

Nel secondo semestre del 2011, è stata avviata la sperimentazione di un nuovo modello di erogazione dell'ADI, incentrato sulla valutazione dei bisogni delle persone non autosufficienti, in condizione di fragilità, e delle loro famiglie, attraverso la definizione di diversi livelli di gravità del bisogno, sotto l'aspetto sia sociosanitario-funzionale, sia sociale.

La valutazione degli esiti della sperimentazione del nuovo modello di valutazione e dei profili assistenziali ha consentito, da un lato, una prima validazione del modello di valutazione del bisogno, dall'altro, di acquisire elementi utili al superamento dell'attuale sistema di erogazione delle prestazioni che ricomprende nell'ADI anche interventi che non possono essere considerati integrati, ma prestazionali.

Si ritiene pertanto di stabilire di:

1. introdurre una netta separazione tra Assistenza estemporanea (interventi assistenziali prestazionali a breve o a lungo termine) e Assistenza Domiciliare Integrata (interventi assistenziali sociosanitari integrati). Con successivi provvedimenti regionali saranno definiti nello specifico i contenuti di queste due diverse attività assistenziali, stabilendone i requisiti di accreditamento;
2. estendere la sperimentazione a tutte le ASL lombarde ed in tutti i distretti. In particolare tutte le ASL dovranno:
 - a. comporre un'équipe multiprofessionale per la valutazione multidimensionale al domicilio delle persone in condizione di fragilità. In fase di sperimentazione, al fine della validazione definitiva del modello, si ritiene che la valutazione debba essere governata dal sistema pubblico e quindi dall'ASL;
 - b. procedere alla formazione mirata dei propri valutatori sul nuovo modello e per l'utilizzo dei nuovi strumenti di valutazione.

Al fine di monitorare complessivamente la sperimentazione dovrà essere attivato da parte delle ASL un sistema di controllo delle azioni sperimentali, coinvolgendo Comuni/Ambiti territoriali e soggetti erogatori, valutando anche l'indice di gradimento da parte delle persone fragili e

delle loro famiglie, nonché sondare il livello di soddisfazione degli operatori delle équipes multi professionali. Il debito informativo assolto con il flusso SIAD viene confermato e mantenuto.

- **area consultoriale**

E' prevista la prosecuzione delle sperimentazioni in atto nelle ASL sulla funzione di ascolto, orientamento e accompagnamento psicopedagogico delle famiglie.

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 e, pertanto, devono essere in grado di raccogliere le richieste e i bisogni offrendo soluzioni in tempo reale. In questo senso, nel secondo semestre 2011, come previsto dalla DGR 937/ 2011 si è avviata in 30 consultori familiari, pubblici e privati accreditati, la sperimentazione della funzione di ascolto, orientamento e supporto psicopedagogico alle famiglie. I progetti di sperimentazione hanno previsto, tra l'altro, un ampliamento degli orari di accesso e/o dei giorni di apertura, l'estensione degli accessi anche a nuove tipologie d'utenza, consulenze personalizzate, la costituzione di una rete tra il consultorio e i diversi servizi territoriali funzionale ad una presa in carico celere dei bisogni delle famiglie formalizzata attraverso specifici protocolli d'intesa. Si ritiene necessaria la prosecuzione delle sperimentazioni anche per il 2012.

COMUNICAZIONE

Le ASL sono tenute a diffondere in maniera coordinata, e secondo gli indirizzi regionali, i contenuti, le modalità attuative e i benefici attesi dal percorso di riforma in atto nel 2012.

In modo particolare si richiede alle ASL di:

- ottimizzare le risorse a disposizione in materia di comunicazione;
- coordinare gli strumenti;
- utilizzare un'immagine semplice, istituzionale e riconducibile a ciascuna materia oggetto della riforma;
- ricorrere all'immagine coordinata per identificare in modo unitario soggetti, ruoli e destinatari della comunicazione

Si richiamano inoltre le ASL ad attenersi alle guidelines che di volta in volta verranno divulgate per l'utilizzo e la personalizzazione dei layout per quanto riguarda il percorso di riforma, e alla DGR dgr IX/1151 del 29.12.2010 -Direttive agli Enti Sanitari in merito all'acquisizione del parere della Commissione Tecnica per la Comunicazione, l'Editoria e l'Immagine (ex l.r. 20/2008 e ss.mm.ii.).

CONTRATTUALIZZAZIONE E BUDGET

Nel corso del 2012 si procederà alla messa a contratto di nuovi posti di Hospice, compatibilmente con le risorse disponibili e sulla base di specifiche indicazioni regionali, in ogni caso verrà data priorità ai territori con un indice di dotazione inferiore alla media regionale.

Sarà inoltre possibile, sulla base di specifiche motivazioni legate alla domanda di servizi provenienti dal territorio e previo parere favorevole delle ASL territorialmente competenti, procedere alla rimodulazione di posti già a contratto (previa modifica dei volumi accreditati), fermo restando che tali rimodulazioni dovranno essere iso-risorse.

Le A.S.L. non potranno procedere alla stipula di altri nuovi contratti, fatte salve circostanze eccezionali valutate congiuntamente con la Direzione Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale.

Nelle more della definizione dei requisiti di accreditamento dell'Assistenza Domiciliare Integrata potranno essere rinnovati solo i patti di accreditamento/contratto in essere e comunque con indicazione di apposita clausola che preveda l'automatica decadenza contestualmente all'avvio operativo del nuovo modello ADI. Non potranno quindi essere sottoscritti nuovi patti di accreditamento/contratto da parte delle ASL.

Per il 2012 viene confermata la budgetizzazione per le seguenti unità d'offerta sociosanitarie:

- Residenze Sanitario Assistenziali per Anziani (RSA);
- Residenze Sanitario Assistenziali per Disabili (RSD);
- Centri Diurni Integrati per Anziani (CDI);
- Centri Diurni per Disabili (CDD);
- Comunità Socio Sanitarie per Disabili (CSS);
- Hospice;
- Strutture di Riabilitazione Territoriale extraospedaliera;
- Assistenza Domiciliare Integrata (comprensiva di ADI a gestione diretta ASL-Voucher-Credit Sociosanitari) sino all'introduzione della relativa riforma;
- Servizi residenziali e semiresidenziali dell'area dipendenze;
- Servizi multidisciplinari integrati (SMI) dell'area dipendenze;
- Consultori familiari privati.

Nel 2012 viene riconosciuto alle ASL come "extra budget" il finanziamento per l'erogazione dei contributi ai familiari caregiver di persone in stato vegetativo o affette da malattie del motoneurone ed in particolare da SLA (così come disciplinato dalle dd.g.r. 7915/08 e 10160/09).

Nel budget per l'Assistenza Domiciliare Integrata sono compresi anche i voucher per persone affette da malattie del motoneurone ed in particolare da SLA.

Le risorse saranno assegnate alle ASL distintamente per ciascuna tipologia di unità d'offerta ad eccezione di CDI, CDD e CSS, per cui viene previsto un unico budget di ASL.

Anche per l'anno 2012 viene previsto il budget aziendale per altri costi non tariffati dalla Regione.

A ciascuna ASL le risorse vengono assegnate in misura pari al 100% dei rispettivi budget aziendali definitivi 2011.

Con provvedimenti della Direzione Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà sociale, i budget di ASL potranno essere ridefiniti per tenere conto degli effetti prodotti dalle disposizioni contenute e/o derivanti dall'attuazione del presente provvedimento.

I budget assegnati alle ASL si riferiscono alle prestazioni erogate dalle unità d'offerta ubicate sul territorio di competenza, a favore di tutti i cittadini lombardi, e non solo alla quota relativa ai consumi dei propri residenti.

Per la remunerazione delle prestazioni con oneri a carico del Fondo Sanitario Regionale devono essere applicate le tariffe definite con i diversi provvedimenti regionali. Tali tariffe sono da praticare anche alle prestazioni rese ad utenti non lombardi e con oneri a carico delle loro Regioni di residenza.

Al fine di garantire continuità ai servizi resi ai cittadini e fornire certezze contrattuali ai soggetti erogatori, per tutte le unità d'offerte sopra indicate le ASL, entro il 31 dicembre 2011, dovranno sottoscrivere un contratto provvisorio, utilizzando lo schema tipo allegato al presente provvedimento, definendo un budget provvisorio per il primo trimestre 2012, pari ai tre dodicesimi del budget definitivo 2011.

Per le unità d'offerta a contratto solo per una parte dell'anno 2011, il budget di riferimento su cui calcolare i tre dodicesimi è determinato proiettando sull'intero anno la quota di risorse assegnata nel 2011.

Per eventuali unità d'offerta di nuova contrattualizzazione il budget provvisorio sarà determinato prendendo a riferimento la tariffa media di ASL con un livello di saturazione dei posti a contratto non superiore al 90%.

Entro il 31 marzo 2012 devono essere negoziati e sottoscritti tra ASL e soggetti gestori i budget che dovranno valere per l'intero anno. In tale budget dovrà essere ricompreso anche quanto assegnato con il budget provvisorio. Eventuali rimodulazioni di budget potranno avvenire entro il termine massimo del 30 novembre 2012.

Il budget definitivo per le unità d'offerta di nuova contrattualizzazione verrà determinato prendendo a riferimento la tariffa giornaliera e la saturazione media di ASL per l'anno 2011, con riguardo all'utenza tipica.

Per la definizione dei budget relativi a posti aggiuntivi di unità d'offerta già contrattualizzate, si dovranno prendere a riferimento la tariffa media giornaliera e la saturazione proprie della medesima unità d'offerta registrate per il 2011.

I budget debbono essere riferiti ai soli posti a contratto. Gli utenti dei servizi per i quali si ricevono tariffe a carico del F.S.R. debbono essere collocati su posti accreditati e messi a contratto, fatte salve eventuali deroghe stabilite dalla Regione.

Per il 2012 i budget assegnati alle singole unità d'offerta socio sanitarie per anziani e disabili

dovranno essere riferiti unicamente all'utenza tipica dei servizi.

Con riguardo all'utenza non tipica (Stati Vegetativi, SLA, soggetti provenienti da ex ospedali psichiatrici e disabili a cui sono stati riconosciuti i benefici della dgr 5000/2007) sarà remunerata extra-budget la differenza tra la tariffa di tale utenza e quella relativa all'utenza tipica dell'unità d'offerta con maggiore livello di fragilità (per le RSA la classe Sosia 1, per le RSD la classe SIDI 1). Con successivi provvedimenti regionali si forniranno ulteriori indicazioni, attuative della presente deliberazione, ai fini della determinazione dei budget per l'intero anno 2012, tenuto conto delle rendicontazioni economiche definitive per il 2011 e considerate le effettive disponibilità per il finanziamento dei servizi sociosanitari integrati nell'anno 2012.

A ciascuna unità d'offerta sociosanitaria dovrà essere riconosciuto un budget annuo, calcolato applicando ai posti a contratto nel 2012, le tariffe medie e le saturazioni definitive 2011 proprie di ciascuna struttura, riferite all'utenza tipica di cittadini lombardi.

Per le unità d'offerta messe a contratto, in tutto o in parte, nel corso del 2011, il budget 2012 potrà essere definito rapportando ad anno intero le prestazioni riferite solo ad una parte del 2011.

Per i servizi di riabilitazione territoriale extraospedaliera, per l'anno 2012:

- si intendono confermate 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;
- nei budget devono essere distinte le quote assegnate per le prestazioni in regime di ricovero (ordinario e day hospital) e quelle assegnate per le altre prestazioni in regime diurno (diurno continuo, ambulatoriale, domiciliare);
- per i soggetti che erogano sia prestazioni in regime di ricovero che in regime diurno, fermo restando il budget complessivamente assegnato contrattualmente dall'ASL è possibile richiedere lo spostamento di quote di budget da regime residenziale a regime diurno, e viceversa. La quota trasferita dovrà essere autorizzata dall'ASL territorialmente competente, sentita la Direzione Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale, e non può costituire elemento di consolidamento delle risorse assegnate per gli anni successivi;
- lo spostamento di risorse dal regime diurno a quello residenziale non può superare il limite del 14% dell'entità economica corrispondente al volume massimo delle prestazioni diurne accreditate e, comunque, non oltre i tetti massimi accreditati per le prestazioni residenziali;
- lo spostamento di risorse dal regime residenziale a quello diurno non può superare il limite del 4% dell'entità economica corrispondente al volume massimo delle prestazioni residenziali accreditate e, comunque, non oltre il 20% dei tetti massimi accreditati per le prestazioni diurne.

I budget 2012, sia quelli a livello di ASL che quelli assegnati alle singole unità d'offerta, comprenderanno le entrate derivanti dall'incasso dei ticket vigenti nonché delle quote fisse aggiuntive previste dalla Legge n. 111 del 15 luglio 2011 e definite con provvedimenti regionali.

A partire dal 1° gennaio 2012, la remunerazione di prestazioni rese a favore di persone agli arresti domiciliari o affidati in prova in comunità terapeutiche è compresa, sia nel budget di ciascuna ASL, che in quello di ciascuna struttura accreditata e a contratto dell'area dipendenze,.

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 contrattualizzate, anche se ubicate in ASL diverse, a condizione che vi sia un preventivo assenso delle ASL coinvolte e della Direzione Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà sociale. Tali variazioni di budget dovranno essere recepite nei contratti sottoscritti.

Per i servizi residenziali e semi-residenziali dovrà essere pagata solo la giornata di accettazione e non quella di dimissione. Analogamente, per i periodi di assenza, dovrà essere pagata solo la giornata di rientro e non quella di uscita. Non sarà quindi remunerata la giornata di dimissione, neanche in caso di decesso in struttura.

Con riferimento alle Residenze sanitario assistenziali per anziani e disabili (RSA e RSD), dal 1° gennaio 2012, non saranno più remunerate con oneri a carico del FSR le assenze per ricoveri ospedalieri.

Anche per quanto attiene i posti letto di sollievo a contratto, a decorrere dal 1 gennaio 2012 non saranno più remunerate le giornate per cui tali posti non fossero occupati da utenti (cosiddetta regola del "vuoto per pieno").

Con riferimento alle prestazioni rese da Centri Diurni Integrati per anziani (CDI), a partire dal 1° gennaio 2012 la remunerazione corrisposta viene legata alla frequenza effettiva degli utenti anziché agli orari di apertura delle strutture. Nelle more dell'applicazione di un sistema di remunerazione legato alla classificazione degli utenti, viene adottata la seguente modalità di remunerazione: l'attuale tariffa giornaliera pro capite di euro 29,60, prevista per i CDI funzionanti per almeno 8 ore al giorno, dovrà essere utilizzata per remunerare le prestazioni erogate ad utenti che frequentano i CDI a tempo pieno.

Per gli utenti frequentanti il CDI part-time la tariffa giornaliera è abbattuta del 50% (euro 14,80).

A decorrere dal 1° gennaio 2012 verranno remunerate le prestazioni di riabilitazione in regime Diurno Continuo effettivamente rese, venendo meno l'obbligo del pagamento dell'intero ciclo qualora sia stato effettuato nella misura dell'80%.

La prosecuzione della riabilitazione da un'Area all'altra (da maggiore verso minore intensità, ma anche viceversa), è possibile a condizione che vi siano motivate ragioni ("rilevanti e ben identificabili eventi intercorrenti") che giustifichino la prosecuzione del trattamento riabilitativo del paziente. Ciò comporta la dimissione del paziente, con chiusura della cartella clinica ed apertura di una nuova, con ridefinizione del piano e del programma riabilitativo individuali. In tutti questi casi, è necessario verificare in maniera puntuale l'appropriatezza delle prestazioni rese.

Per quanto riguarda le visite di presa in carico (prima visita/visita generale), a modificazione delle disposizioni contenute in atti precedenti, nel corso del 2012 è sempre prevista la remunerazione

della prima visita, sia nel caso in cui non ne scaturisca alcuna presa in carico riabilitativa, sia qualora ne esiti una presa in carico anche in altro regime o presso altra struttura.

Come stabilito dalla d.g.r. n. 10804/2009, le prestazioni ambulatoriali cosiddette “indirette” (colloquio con i familiari, riunioni con operatori di altri enti, stesura di relazioni), potranno essere remunerate, nell’ambito del budget assegnato, fino ad un massimo del 20% di quanto rendicontato per tutte le prestazioni ambulatoriali. All’interno di questo tetto di budget, vanno inclusi gli oneri a carico del FSR per la remunerazione delle visite di presa in carico.

Con riguardo alle prestazioni in regime ambulatoriale e domiciliare, potrà essere erogato e remunerato un numero massimo di prestazioni fino ad un massimo del 130% dell’accreditato/contrattualizzato, riferito alla singola tipologia, purché venga garantito il rispetto dei requisiti di accreditamento per queste prestazioni aggiuntive e compatibilmente con il budget assegnato.

Con riferimento alla durata della seduta per riabilitazione ambulatoriale territoriale extraospedaliera per pazienti in età evolutiva (con età inferiore ai 18 anni), si riconferma quanto riportato nella dgr 4438/2007 che ha stabilito in 45 minuti la durata convenzionale di una singola seduta, con la possibilità di un massimo di 2 sedute (trattamenti) per giornata a prescindere dalla tipologia di prestazione ricevuta.

Con riguardo invece ai trattamenti ambulatoriali in area generale e geriatrica rivolti a pazienti adulti, potrà essere erogato e rendicontato solamente un trattamento per giornata.

Si chiarisce che la tariffazione definita nei provvedimenti regionali, con riguardo alle prestazioni ambulatoriali nell’area generale e geriatrica, è riferita ad una seduta per cui possono essere previste più prestazioni. Al fine del conteggio delle sedute/trattamenti erogati, una seduta di gruppo viene considerata una sola prestazione a prescindere dal numero di partecipanti al gruppo (da un minimo di tre ad un massimo di cinque persone).

Per quanto riguarda le prestazioni erogabili e rendicontabili nei regimi residenziale, semiresidenziale e diurno continuo, non potranno in alcun modo essere valicati i tetti di accreditamento.

Introduzione nel tariffario regionale delle prestazioni sociosanitarie per l’accompagnamento delle famiglie al percorso adottivo

Il DPCM 29.11.2001 “Definizione dei livelli essenziali di assistenza” prevede all’allegato 1C “Area integrazione sociosanitaria” le prestazioni sociosanitarie a carico in tutto o in parte al sistema sanitario nazionale. Le prestazioni medico specialistiche, psicoterapeutiche, psicologiche, di indagine diagnostica alle donne, ai minori, alla coppia e alle famiglie (ivi comprese adottive ed affidatarie) sono previste senza oneri per il Comune. La DGR 937/2010 riconduce all’interno dei consultori la valutazione diagnostica delle coppie che richiedono l’adozione o l’affido di un minore, pertanto con specifico provvedimento di Giunta regionale attuativo della presente deliberazione sarà

introdotta nel tariffario regionale delle prestazioni sociosanitarie, la specifica prestazione relativa all'indagine psicodiagnostica delle coppie richiedenti l'adozione/affido con specifica tariffa.

Per quel che riguarda le prestazioni specialistiche rese dai consultori familiari, anche al fine di uniformare il sistema di erogazione e rendicontazione delle prestazioni con particolare riguardo alla riscossione del ticket, nel corso del 2012 è prevista l'estensione dell'utilizzo del ricettario nazionale a tutti i consultori privati accreditati e a contratto.

Modalità di definizione della retta assistenziale a carico degli utenti

Con riguardo ai posti/trattamenti sociosanitari accreditati e contrattualizzati, la retta assistenziale si aggiunge alla tariffa regionale finanziata attraverso l'utilizzo delle risorse del Fondo Sanitario Regionale (FSR). L'importo della retta assistenziale è stabilito dai singoli gestori delle unità d'offerta sociosanitarie, che dovranno rispettare criteri e limiti fissati dai provvedimenti regionali, garantendo la massima trasparenza e pubblicità rispetto alle decisioni adottate.

Al fine di omogeneizzare sul territorio lombardo i livelli minimi di assistenza alberghiera e, con essi, le modalità di fatturazione dei costi che concorrono a determinare la retta a carico degli assistiti, si prevede nel 2012 di declinare le voci della retta attraverso la distinzione tra "servizi base" che devono essere inclusi nella retta e "servizi aggiuntivi" che, al contrario, vanno distintamente descritti e valorizzati nel loro ammontare nel contesto della fattura a carico dell'assistito. Le attuali modalità di fatturazione sul territorio non consentono invece di operare questa distinzione, con evidente criticità per il cittadino di comparare le rette applicate sul territorio e di operare scelte consapevoli tra le diverse strutture del territorio. Obiettivi di trasparenza, equità e centralità del cittadino pongono invece la forte necessità di un intervento nella materia diretto a rendere più trasparente il livello di assistenza alberghiera assicurato dalle diverse strutture del territorio attraverso l'oggettivazione, anche in termini di rappresentazione contabile all'interno del contesto della fattura, dei beni e dei servizi che ne costituiscono il contenuto.

Ridefinizione dello schema tipo di contratto

In coerenza con le disposizioni del presente provvedimento è definito uno schema tipo di contratto, di seguito riportato, per dare continuità ai contratti fondati sulla previsione di un budget annuale, quale limite della produzione fatturabile dai soggetti gestori a carico del F.S.R.

Con apposita delibera di Giunta verrà successivamente approvato lo schema tipo di contratto a livello regionale per definire i rapporti giuridici ed economici discendenti dall'applicazione delle delibere in materia di sperimentazione ADI e di voucherizzazione della residenzialità a favore dei soggetti in stato vegetativo.

SCHEMA TIPO DI CONTRATTO PER LA DEFINIZIONE DEI RAPPORTI GIURIDICI ED ECONOMICI TRA L'AZIENDA SANITARIA LOCALE (ASL) E LE UNITA' D'OFFERTA SOCIOSANITARIE ACCREDITATE

Tra

l'Azienda Sanitaria Locale (ASL) con sede legale nel comune di in Via n....., codice fiscale partita iva, nella persona del direttore generale, o suo delegato, legale rappresentante pro-tempore, (*qualora si tratti di soggetto diverso dal legale rappresentante, indicare ed allegare l'atto che conferisce i poteri*), Sig. nato a il residente nel Comune di Via n.... Codice fiscale, domiciliato per la carica presso la sede dell'ASL;

e

l'ente gestore (*indicare ragione sociale completa.*)..... con sede legale nel comune di in Via..... n....., codice fiscale..... partita iva, nella persona del/la Sig./a nato/a a il residente nel Comune di Via n.... Codice fiscale, in qualità di legale rappresentante pro-tempore/ amministratore (*qualora si tratti di soggetto diverso dal legale rappresentante, indicare ed allegare l'atto che conferisce i poteri di firma*), per l'unità d'offerta sociosanitaria (*inserire sigla della tipologia di unità di offerta: R.S.A., R.S.D. ecc.*) denominata....., con sede nel comune di in via..... n....., codice di struttura n.....;

premesso che:

- l'ASL....., di seguito denominata ASL, intende avvalersi di (*indicare ragione sociale completa*)....., di seguito denominato ente gestore, che gestisce l'unità d'offerta sociosanitaria (*inserire sigla della tipologia di unità di offerta: R.S.A., R.S.D. ecc.*) denominata..... ubicata nel comune

di.....in via.....n....., per l'erogazione di prestazioni/servizi (*inserire se trattasi di residenziale, semi residenziale, domiciliare, ambulatoriale*).....a favore di persone (*indicare tipologia utenza tipica se trattasi di anziani, disabili,*).....;

- l'ente gestore è abilitato all'esercizio della unità d'offerta in base al seguente atto/comunicazione(*riportate estremi DIA/eventuale SCIA/Comunicazione preventiva ovvero estremi autorizzazione al funzionamento*), nel rispetto delle disposizioni regionali e della vigente normativa, relativamente a (*specificare n. posti/ n. prestazioni ecc.*).....;
- con provvedimento regionale n. del è stato riconosciuto l'accreditamento per (*specificare n. posti/ n. prestazioni ecc.*)....., e che pertanto l'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 e accreditati che verranno remunerati nei limiti e nei termini fissati dal presente contratto;
- l'ente gestore ha comunicato che le rette giornaliere (*indicare se trattasi di retta unica o di rette differenziate specificandone gli importi*) 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 (*inserire tipologia di udo*) 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 (*inserire tipologia di utenza*)

3. L'ente gestore garantisce le prestazioni di assistenza 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 il mantenimento degli standard di personale, nonché il mantenimento di tutti gli altri requisiti di esercizio e di accreditamento della unità d'offerta, mediante l'assolvimento del debito informativo previsto dalla normativa regionale.
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 di ogni sopralluogo, l'ASL redige il verbale, almeno in duplice copia, 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 ed è rappresentato sinteticamente quanto emerso dalla visita ispettiva. Tale verbale è congiuntamente sottoscritto dall'ASL e dal legale rappresentante del soggetto o da un suo incaricato che potranno richiedere l'inserimento nel verbale di eventuali dichiarazioni. Una copia del verbale dovrà essere rilasciata alla persona presente incaricata dall'ente gestore al termine del sopralluogo. Il verbale non può essere modificato né integrato successivamente alla sua sottoscrizione. Eventuali atti conseguenti, a carattere prescrittivo o sanzionatorio, dovranno essere adottati con provvedimenti distinti dal verbale.
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 socio sanitarie, 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 DGR n. del *(inserire gli estremi dei provvedimenti regionali che disciplinano le regole della specifica unità d'offerta)*;
 - b) concorrere al rispetto ed alla attuazione dei principi, delle indicazioni e degli adempimenti previsti nella l.r. 3/2008 a carico degli enti gestori.
2. 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 delle persone assistite 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 gli assistiti 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 agli assistiti una valutazione globale, scritta, del proprio stato di bisogno;
- g) informare il Comune di residenza degli assistiti dell'accesso alla unità d'offerta o, nei casi in cui l'accesso sia disposto d'urgenza, dell'accettazione del ricovero. In caso di presa in carico di cittadini non lombardi, con oneri a carico del Fondo Sanitario della Regione di origine, dovrà essere richiesto il preventivo assenso da parte del soggetto tenuto a farsi carico della relativa quota sanitaria;
- h) informare il competente ufficio dell'ASL sulle condizioni psico-fisiche degli assistiti 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, 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 e 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 socio-sanitaria 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 ai sensi dell'art. 1456 del codice civile;
- p) a garanzia di sinistri che possono derivare agli utenti, al personale 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 alla presa in carico dell'utente;
- s) collocare gli ospiti per i quali si ricevono tariffe a carico del F.S.R. su posti accreditati e messi a contratto, fatte salve eventuali deroghe stabilite dalla Regione.

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 termini fissati dai successivi artt. 6 e 7.
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 posti letto di sollievo a contratto sono remunerate solo le giornate per le quali tali posti sono occupate da utenti.
7. Per i servizi residenziali e semi-residenziali dovrà essere pagata solo la giornata di accettazione e non quella di dimissione. Analogamente, per i periodi di assenza, dovrà essere pagata solo la

giornata di rientro e non quella di uscita. Non sarà quindi remunerata la giornata di dimissione, neanche in caso di decesso in struttura.

8. Per le Residenze sanitario assistenziali per anziani e disabili (RSA e RSD) non sono remunerate con oneri a carico del FSR le assenze per ricoveri ospedalieri.
9. L'eventuale remunerazione aggiuntiva di qualità, sarà riconosciuta secondo quanto previsto dalle disposizioni regionali.

ART. 6

Budget

1. Le presenti disposizioni si applicano relativamente all'erogazione di (*specificare la tipologia delle prestazioni*) 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.
2. 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 provvedono a regolamentare l'accesso ai servizi nonché al pagamento della tariffa a carico del FSR. Le prestazioni a favore di cittadini non lombardi devono essere prestate secondo gli stessi criteri di appropriatezza e di reale necessità che guidano l'erogazione dei servizi per i residenti lombardi. Le attività di controllo svolte dalle ASL sui propri erogatori riguardano anche l'appropriatezza e la correttezza delle prestazioni garantite a cittadini non residenti in Regione Lombardia.
3. Alla unità d'offerta è destinato, per l'anno, il budget di risorse indicato nell'allegato 1, parte integrante del presente contratto.
4. L'eventuale modifica del budget di risorse, indicato nell'allegato 1, sarà concordata per iscritto tra la ASL e l'ente gestore, compatibilmente con il budget di ASL e sentita la Direzione Generale Famiglia Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale.
5. Al raggiungimento della soglia di budget indicata nell'allegato 1, in assenza di previo accordo, non sarà riconosciuta la remunerazione delle prestazioni erogate a carico del bilancio della Regione Lombardia, fatte salve le prestazioni che saranno remunerate extra-budget in aderenza a quanto previsto dai provvedimenti regionali di cui al successivo art. 7.
6. 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 della Giunta Regionale.
7. L'eventuale quota per la remunerazione aggiuntiva della qualità, in ottemperanza alle disposizioni regionali, dovrà essere parimenti indicata in un allegato del contratto.
8. In nessun caso l'esaurimento del budget può motivare l'incremento delle rette a carico dell'utenza.

ART. 7

Prestazioni extra budget.

(da compilare per le unità d'offerta che accolgono anche utenza non tipica)

1. Con riguardo all'utenza non tipica (Stati Vegetativi, SLA, soggetti provenienti da ex ospedali psichiatrici e disabili a cui sono stati riconosciuti i benefici della dgr 5000/2007) sarà remunerata extra-budget la differenza tra la tariffa di tale utenza e quella relativa all'utenza tipica dell'unità d'offerta di cui al presente contratto con maggiore livello di fragilità.
2. Per ogni presa in carico di utenza non tipica, il gestore dovrà preventivamente informare i competenti uffici dell'ASL.

ART. 8

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 prevista dai requisiti di accreditamento, nel rispetto delle indicazioni regionali e della normativa in materia di tutela della privacy.
2. Il debito informativo analitico costituisce lo strumento fondamentale per le rendicontazioni economiche. Non si procederà pertanto alla remunerazione di quelle prestazioni il cui debito informativo analitico non è stato correttamente assolto.
3. 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, in conformità alle disposizioni vigenti.
4. 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.
5. 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. 9

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, ivi compreso quello relativo alla gestione integrata del rischio (risk management), in coerenza con la normativa vigente, 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. 10

Eventi modificativi dell'ente gestore

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'abilitazione all'esercizio, non è cedibile a terzi, in mancanza di un atto regionale che ne autorizzi il trasferimento;
 - b) i requisiti per l'abilitazione all'esercizio e per l'accreditamento sono condizioni indispensabili affinché 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 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 Delibera Giunta Regionale 26 novembre 2008, n. 8/8496 e successive integrazioni e modificazioni.
7. E' 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. 1456 cod. civ.; con immediata sospensione dei pagamenti, nonché di richiedere il pagamento di una penale pari ad Euro _____, 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. 11

(riferito esclusivamente alle unità di offerta realizzate con finanziamenti pubblici, statali o regionali)

ipotesi di unità d'offerta di proprietà del soggetto accreditato

1. 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.

ipotesi di unità d'offerta di proprietà di soggetto diverso dal soggetto accreditato

1. 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. 12

Controversie

1. Per ogni controversia che dovesse insorgere sulla interpretazione e sulla applicazione del presente contratto è competente il Foro di

ART. 13

Durata

1. Il presente contratto ha validità, 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. 14

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. 15

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. 16

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. 17

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.

Data e luogo.

IL DIRETTORE GENERALE ASL

IL LEGALE RAPPRESENTANTE DELL'ENTE
GESTORE

APPENDICE

Remunerazione delle prestazioni. Regole ed adempimenti specifici ad integrazione dei corrispondenti articoli del contratto tipo.

Lo schema tipo di contratto 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 DGR n. 5000/2007)

“Sistema tariffario e pagamenti”

“Le assenze temporanee di tutti gli ospiti delle residenze, dovute a rientri in famiglia per festività, vacanze ecc., possono essere esposte come giornate di presenza entro il limite massimo di 15 gg., 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 DGR n. 5000/2007 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 DGR n. 5000/2007)

“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 DGR n. 5000/2007)

“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 DGR n. 5000/2007)*

“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.)

“Con riferimento alle prestazioni rese da Centri Diurni Integrati per anziani (CDI), a partire dal 1° gennaio 2012 la remunerazione corrisposta viene legata alla frequenza effettiva degli utenti anziché agli orari di apertura delle strutture. Nelle more dell’applicazione di un sistema di remunerazione legato alla classificazione degli utenti, viene adottata la seguente modalità di remunerazione: l’attuale tariffa giornaliera pro capite di euro 29,60, prevista per i CDI funzionanti per almeno 8 ore al giorno, dovrà essere utilizzata per remunerare le prestazioni erogate ad utenti che frequentano i CDI almeno per 8 ore al giorno.

Per gli utenti frequentanti il CDI part-time la tariffa giornaliera è abbattuta del 50% (euro 14,80).” (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.)

“È possibile utilizzare i posti letto a maggiore intensità riabilitativa per accogliere persone che necessitano di prestazioni di minore complessità, fermo restando che le tariffe riconoscibili sono quelle delle prestazioni effettivamente erogate.”

“Nei budget devono essere distinte le quote assegnate per le prestazioni in regime di ricovero (ordinario e day hospital) e quelle assegnate per le altre prestazioni in regime diurno (diurno continuo, ambulatoriale, domiciliare).”

“Per i soggetti che erogano sia prestazioni in regime di ricovero che in regime diurno, fermo restando il budget complessivamente assegnato contrattualmente dall’ASL è possibile richiedere lo spostamento di quote di budget da regime residenziale a regime diurno, e viceversa. La quota trasferita dovrà essere autorizzata dall’ASL territorialmente competente, sentita la Direzione Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale, e non può costituire elemento di consolidamento delle risorse assegnate per gli anni successivi”.

“Lo spostamento di risorse dal regime diurno a quello residenziale non può superare il limite del 14% dell’entità economica corrispondente al volume massimo delle prestazioni diurne accreditate e, comunque, non oltre i tetti massimi accreditati per le prestazioni residenziali.”

Lo spostamento di risorse dal regime residenziale a quello diurno non può superare il limite del 4% dell’entità economica corrispondente al volume massimo delle prestazioni residenziali accreditate e, comunque, non oltre il 20% dei tetti massimi accreditati per le prestazioni diurne;

“Per quanto riguarda le visite di presa in carico (prima visita/visita generale), nel corso del 2012 è sempre prevista la remunerazione della prima visita, sia nel caso in cui non ne scaturisca alcuna presa in carico riabilitativa, sia qualora ne esiti una presa in carico anche in altro regime o presso altra struttura.”

“Come stabilito dalla d.g.r. n. 10804/2009, le prestazioni ambulatoriali cosiddette “indirette” (colloquio con i familiari, riunioni con operatori di altri enti, stesura di relazioni), potranno essere remunerate, nell’ambito del budget assegnato, fino ad un massimo del 20% di quanto rendicontato per tutte le prestazioni ambulatoriali. All’interno di questo tetto di budget, vanno inclusi gli oneri a carico del FSR per la remunerazione delle visite di presa in carico.”

“Con riguardo alle prestazioni in regime ambulatoriale e domiciliare, potrà essere erogato e remunerato un numero massimo di prestazioni fino ad un massimo del 130% dell’accreditato/contrattualizzato, riferito alla singola tipologia, purché venga garantito il rispetto dei requisiti di accreditamento per queste prestazioni aggiuntive e compatibilmente con il budget assegnato.”

“Con riferimento alla durata della seduta per riabilitazione ambulatoriale, nell’area generale e geriatrica, per pazienti in età evolutiva (con età inferiore ai 18 anni), si riconferma quanto riportato nella dgr 4438/2007 che ha stabilito in 45 minuti la durata convenzionale di una singola seduta, con la possibilità di un massimo di 2 sedute (trattamenti) per giornata a prescindere dalla tipologia di prestazione ricevuta.”

“Con riguardo invece ai trattamenti ambulatoriali in area generale e geriatrica rivolti a pazienti adulti, potrà essere erogato e rendicontato solamente un trattamento per giornata.”

“Si chiarisce che la tariffazione definita nei provvedimenti regionali, con riguardo alle prestazioni ambulatoriali nell’area generale e geriatrica, è riferita ad una seduta per cui possono essere previste più prestazioni. Al fine del conteggio delle sedute/trattamenti erogati, una seduta di gruppo viene considerata una sola prestazione a prescindere dal numero di partecipanti al gruppo (da un minimo di tre ad un massimo di cinque persone).”

“Per quanto riguarda le prestazioni erogabili e rendicontabili nei regimi residenziale, semiresidenziale e diurno continuo, non potranno in alcun modo essere valicati i tetti di accreditamento.”

“A decorrere dal 1° gennaio 2012 verranno remunerate le prestazioni di riabilitazione in regime Diurno Continuo effettivamente rese, venendo meno l’obbligo del pagamento dell’intero ciclo qualora sia stato effettuato nella misura dell’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 DGR n. 29480/1997 per l’accompagnatore, riconfermata con DGR n. 35597/1998”*

- *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”.*

(a valere per le Strutture di riabilitazione)

Per le unità d’offerta per cui è previsto il pagamento del ticket

I budget 2012 sia a livello di ASL che quelli assegnati alle singole unità d’offerta comprenderanno le entrate derivanti dall’incasso dei ticket vigenti nonché delle quote fisse aggiuntive previste dalla Legge n. 111 del 15 luglio 2011 e definite con provvedimenti regionali.

Per le unità d’offerta dell’area dipendenze

A partire dal 1° gennaio 2012 è compresa all’interno sia del budget di ciascuna ASL, sia del budget di ciascuna struttura accreditata e a contratto dell’area dipendenze la remunerazione di prestazioni rese a favore di persone agli arresti domiciliari o affidati in prova in comunità terapeutiche.