



Regione Lombardia

LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° X / 1185

Seduta del 20/12/2013

Presidente

ROBERTO MARONI

Assessori regionali MARIO MANTOVANI *Vice Presidente*

VALENTINA APREA

VIVIANA BECCALOSSI

SIMONA BORDONALI

PAOLA BULBARELLI

MARIA CRISTINA CANTU'

CRISTINA CAPPELLINI

ALBERTO CAVALLI

MAURIZIO DEL TENNO

GIOVANNI FAVA

MASSIMO GARAVAGLIA

MARIO MELAZZINI

ANTONIO ROSSI

CLAUDIA TERZI

Con l'assistenza del Segretario Marco Pilloni

Su proposta dell'Assessore Mario Mantovani di concerto con l'Assessore Maria Cristina Cantù

Oggetto

DETERMINAZIONI IN ORDINE ALLA GESTIONE DEL SERVIZIO SOCIO SANITARIO REGIONALE PER L'ESERCIZIO 2014 - (DI CONCERTO CON L'ASSESSORE CANTU')

I Dirigenti

Mauro Agnello

Rosella Petrali

I Direttori Generali

Walter Bergamaschi

Giovanni Daverio

L'atto si compone di 270 pagine

di cui 260 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 6 agosto 2008 n. 133;
- 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”*;
- decreto legge 13 maggio 2011, n. 70 convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, L. 12 luglio 2011, n. 106 *“Semestre Europeo - Prime disposizioni urgenti per l'economia”*;
- decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 *“Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42”*;
- decreto legge 6 luglio 2011, n. 98 *“Disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria”* convertito in legge dall'art. 1, comma 1, legge 15 luglio 2011, n. 111;
- decreto legge 6 luglio 2012 n. 95 *“Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini”*, convertito in legge n. 135/2012;
- decreto legge 13 settembre 2012 n. 158, *“Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute”*, convertito in legge 189/2012;
- decreto legge 10 ottobre 2012, n. 174 - *“Disposizioni urgenti in materia di*



Regione Lombardia

LA GIUNTA

finanza e funzionamento degli enti territoriali, nonché ulteriori disposizioni in favore delle zone terremotate nel maggio 2012", convertito in legge 213/2012;

- *decreto legge 18 ottobre 2012 n.179, "Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese", convertito in legge 221/2012;*
- *legge 24 dicembre 2012 n. 228 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2013);*
- *decreto legge 21 giugno 2013, n. 69 "Disposizioni urgenti per il rilancio dell'economia", convertito in legge 98/2013;*
- *decreto legge 31 agosto 2013 n. 101 "Disposizioni urgenti per il perseguimento di obiettivi di razionalizzazione nelle pubbliche amministrazioni", convertito, con modificazioni, in legge 125/2013;*

VISTE le ulteriori previsioni contenute nel D.D.L. AS 1120 – Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di Stabilità 2014);

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;

VISTE le seguenti leggi regionali:

- *30 agosto 2008 n. 1 "Legge regionale statutaria";*
- *31 marzo 1978 n. 34 "Norme sulle procedure della programmazione, sul bilancio e sulla contabilità della Regione";*
- *12 marzo 2008 n. 3 "Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e socio-sanitario";*
- *30 dicembre 2009 n. 33 recante "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità" e successive modifiche e integrazioni;*
- *31 luglio 2013, n. 5 recante "Assestamento al bilancio per l'esercizio finanziario 2013 ed al bilancio pluriennale 2013/2015 a legislazione vigente e programmatico – I provvedimento di variazione con modifiche di leggi regionali";*



Regione Lombardia

LA GIUNTA

- 21 ottobre 2013, n. 8 *“Norme per la prevenzione e il trattamento del gioco d’azzardo patologico”*;

RICHIAMATI i seguenti documenti di programmazione regionale:

- DCR n. IX/0088 del 17 novembre 2010 *“Piano socio sanitario regionale 2010- 2014”*;
- DCR n. X/78 del 9 luglio 2013 *“Programma regionale di sviluppo della X legislatura”*;

RICHIAMATI i seguenti provvedimenti concernenti le Regole di Sistema per il Servizio Socio Sanitario Regionale:

- DGR n. IX/2734 del 22 dicembre 2011 *“Testo unico delle regole di gestione del sistema sociosanitario regionale”*;
- DGR n. IX/ 2633 del 6 dicembre 2011 *“Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l’esercizio 2012”*;
- DGR n. IX/2946 del 25 gennaio 2012 *“Precisazioni in ordine alla DGR n. IX/2633 del 6 dicembre 2011 Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l’anno 2011”* che, tra l’altro, ha aggiornato le prestazioni di NPIA, di cui alle tabelle 1A ed 1B di cui all’Allegato 10 della DGR n. 2633/2011”
- DGR n. IX/3379 del 9 maggio 2012 *“Ulteriori indicazioni in materia sanitaria in merito alla DGR n. IX/2633 Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l’esercizio 2012”*;
- DGR n. IX /3976 del 6 agosto 2012” *Ulteriori determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l’esercizio 2012 anche alla luce dei provvedimenti nazionali ”*;
- DGR n. IX /4172 del 10 ottobre 2012” *Adempimenti conseguenti alla DGR n. IX /3976 del 6 agosto 2012” Ulteriori determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l’esercizio 2012 anche alla luce dei provvedimenti nazionali”*;
- DGR n. IX 4228 del 25 ottobre 2012 *“Ulteriori determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio-sanitario regionale per l’esercizio 2012- Effetti legge n. 135/2012 sulle risorse”*;
- DGR n. IX/4334 del 26 ottobre 2012 *“Determinazioni in ordine alla gestione*



Regione Lombardia

LA GIUNTA

del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2013";

- DGR IX/4605 del 28.12.2012 avente ad oggetto " *Prima attuazione della legge 135/2012, disposizioni urgenti per la revisione della spesa ai cittadini art. 15 comma 13 lettera c) ed ulteriori indicazioni per l'esercizio 2013 correlate all'elenco dei 108 DRG a rischio di inappropriatazza di cui al vigente patto per la salute*";
- DGR IX/4601 del 28 dicembre 2012 " *Ulteriori determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2013*";
- DGR n. IX/4716 del 23.01.2013 " *Ulteriori determinazioni in merito alla DGR IX/ 4605 del 28/12/2012 Prima attuazione della legge 135/2012, disposizioni urgenti per la revisione della spesa ai cittadini art. 15 comma 13 lettera c) ed ulteriori indicazioni per l'esercizio 2013 correlate all'elenco dei 108 DRG a rischio di inappropriatazza di cui al vigente patto per la salute*";
- DGR n. X/271 del 19.06.2013 concernente " *Secondo provvedimento contenente indicazioni per il riordino della rete delle alte specialità in attuazione della legge 135/2012, disposizioni urgenti per la revisione della spesa ai cittadini art. 15 comma 13 lettera c) e della DGR IX/4160/2012*";
- DGR n. X/301 del 19.06.2013 " *Ulteriori determinazioni in merito alla DGR n. 4716 del 23.01.2013 in relazione alla macroattività chirurgica a bassa intensità operativa ed assistenziale (BIC)*";
- DGR n. X/313 del 27.06.2013 " *Determinazioni in materia di esenzioni: modifiche alla DGR n. IX/4380 del 07/11/2012*";
- DGR n. X/351 del 4.07.2013 " *Ulteriori determinazioni in merito alla DGR n. IX/4334 del 26/10/2012 in relazione all'erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale nel rispetto dei tempi di attesa e della accessibilità ai servizi sanitari*";

RICHIAMATA la DGR n. IX/3822 del 25 luglio 2012 " *Aggiornamento delle linee guida regionali per l'adozione dei piani di organizzazione aziendale delle aziende sanitarie e degli IRCCS di diritto pubblico della Regione Lombardia*";

RICHIAMATE le Deliberazioni di Giunta Regionale che approvano i Piani di Assunzione a tempo indeterminato per l'anno 2013 delle Aziende e degli Enti del Sistema Sanitario Regionale ed in particolare:

- DGR n. X/312 del 27 giugno 2013 " *Aziende Ospedaliere, Azienda*



Regione Lombardia

LA GIUNTA

Regionale Emergenza Urgenza e Fondazioni IRCCS di diritto pubblico – Piani di Assunzione di personale a tempo indeterminato 2013 e indicazioni in ordine alla programmazione delle assunzioni a tempo determinato”;

- DGR n. X/371 del 4 luglio 2013 “Aziende Sanitarie Locali Piani di Assunzione di personale a tempo indeterminato 2013 e indicazioni in ordine alla programmazione delle assunzioni a tempo determinato”;

RICHIAMATE inoltre le seguenti Deliberazioni di Giunta Regionale:

- DGR n. IX/ 4231 del 25 ottobre 2012 “Determinazione in merito alla remunerazione di alcune funzioni non coperte da tariffe predefinite svolte dalle aziende ed enti sanitari pubblici e privati accreditati per l'anno 2011”;
- DGR n. IX/4232 del 25 ottobre 2012 “Determinazioni in ordine ai criteri ed alla gestione delle risorse destinate alle funzioni non tariffabili per l'anno 2012”;
- DGR n. X/824 del 25.10.2013 “Determinazione in merito alla remunerazione di alcune funzioni non coperte da tariffe predefinite svolte dalle aziende ed enti sanitari pubblici e privati accreditati per l'anno 2012 ed ulteriori determinazioni relativamente al finanziamento delle attività sanitarie”;
- DGR n. IX/3239 del 4 aprile 2012 “Linee guida per l'attivazione di sperimentazioni nell'ambito delle politiche di welfare”;
- DGR n. IX/3375 del 9 maggio 2012 "Rete regionale di prevenzione delle dipendenze - Anno 2012. Indicazioni alle ASL”;
- DGR n. IX/3376 del 9 maggio 2012 “Approvazione del programma esecutivo di interventi regionali in tema di sclerosi laterale amiotrofica e altre malattie del motoneurone per ricerca e assistenza domiciliare ai malati”;
- DGR n. IX/3540 del 30 maggio 2012 “Determinazioni in materia di esercizio e accreditamento delle unità di offerta sociosanitarie e di razionalizzazione del relativo sistema di vigilanza e controllo”;
- DGR n. IX/3541 del 30 maggio 2012 e s.s.m.m.i.i. “Definizione dei requisiti specifici per l'esercizio e l'accREDITAMENTO dell'assistenza domiciliare integrata”;
- DGR n. IX/3584 del 06 giugno 2012, “Determinazioni in ordine all'allegato A) alla DGR n. 3541 del 30/05/2012 'Definizione dei requisiti specifici per



Regione Lombardia

LA GIUNTA

l'esercizio e l'accreditamento dell'assistenza domiciliare integrata' ”;

- DRG n. IX/2000 del 13 luglio 2012 "Accordo (ai sensi dell'art. 15 della l. 241/90) con Prefettura di Milano, ASL Milano, ASL Milano 1 e ASL Milano 2 per il trattamento di persone segnalate ai sensi degli artt. 75 e 121 del TU delle leggi in materia di tossicodipendenze”;
- DGR n. IX/3850 del 25 luglio 2012 “Determinazioni in merito allo sviluppo del sistema sociale regionale”;
- DGR n. IX/3851 del 25 luglio 2012 “Determinazioni in ordine alle tariffe sperimentali dei nuovi profili dell'assistenza domiciliare integrata (ADI)”;
- DGR n. IX/3971 del 6 agosto 2012 “Interventi di programmazione nel settore sociosanitario per l'anno 2012”;
- DGR n. IX/4606 del 28 dicembre 2012 “Indicazioni in merito alla DGR IX/3856 del 25 luglio 2012 "Determinazioni in ordine ai requisiti previsti per la sottoscrizione del contratto da parte delle strutture accreditate di diritto privato" (atto da trasmettere al consiglio regionale)”;
- DGR n. IX/4879 del 21 febbraio 2013 “Definizione di metodologie e di indicatori per la programmazione socio sanitaria in adempimento di quanto previsto dalla DGR n. IX/4334 del 26/10/2012”;
- DGR n. IX/4980 del 07 marzo 2013 “Determinazioni in ordine al controllo di appropriatezza nel sistema sociosanitario in attuazione dei criteri di revisione delle funzioni di vigilanza e controllo delle ASL di cui all'allegato C della DGR IX/3540 del 30.05.2012”;
- DGR n. X/45 del 16 aprile 2013 “Differimento applicativo della DGR n. IX/4879 del 21/2/2013 e disposizioni per assicurare continuità nell'erogazione delle prestazioni”;
- DGR n. X/63 del 24 aprile 2013 “Definizione degli obiettivi aziendali di interesse regionale dei direttori generali delle aziende sanitarie locali, aziende ospedaliere e AREU per l'anno 2013, nonché delle modalità di valutazione del loro raggiungimento”;
- DGR n. X/116 del 14 maggio 2013 “Determinazioni in ordine all'istituzione del fondo regionale a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili: atto di indirizzo”;
- DGR n. X/144 del 17 maggio 2013 “Determinazioni per l'attuazione di interventi e misure a favore dei genitori separati con figli minori, con



Regione Lombardia

LA GIUNTA

particolare riferimento alle situazioni di fragilità”;

- DGR n. X/326 del 27 giugno 2013 “*Determinazioni in ordine alla ripartizione delle risorse del fondo sociale regionale 2013*”;
- DGR n. X/392 del 12 luglio 2013 “*Attivazione di interventi a sostegno delle famiglie con la presenza di persone con disabilità, con particolare riguardo ai disturbi pervasivi dello sviluppo e dello spettro autistico*”;
- DGR n. X/499 del 25 luglio 2013 “*Determinazioni in ordine alle sperimentazioni realizzate ai sensi della DGR 4 aprile 2012, n.3239 "linee guida per l'attivazione di sperimentazioni nell'ambito delle politiche di welfare": indicazioni a conclusione del periodo sperimentale*”;
- DGR n. X/740 del 27 settembre 2013 “*Approvazione del programma operativo regionale in materia di gravi e gravissime disabilità di cui al fondo nazionale per le non autosufficienze anno 2013 e alla DGR 2 agosto 2013, n. 590. determinazioni conseguenti*”;
- DGR n. X/856 del 25 ottobre 2013 “*Interventi a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili ai sensi della DGR 116/2013: primo provvedimento attuativo*”;

VISTA la DGR n. X/868 del 31 ottobre 2013 “*Proposta di progetto di legge “Bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2014 e bilancio pluriennale 2014/2016 a legislazione vigente*”;

CONSIDERATA la necessità di fornire ulteriori indicazioni operative ai fini dell'attuazione delle ultime disposizioni normative con particolare attenzione al rispetto dell'equilibrio economico del sistema;

RITENUTO al fine di programmare l'assistenza socio sanitaria nel rispetto dell'equilibrio di bilancio per l'anno 2014, di confermare l'impianto e l'assetto regolativo vigente in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale, con le precisazioni, integrazioni e modifiche contenute negli allegati parte integrante e sostanziale del presente atto;

RITENUTO, pertanto, di definire le Regole di gestione del servizio socio sanitario regionale per l'anno 2014 e di approvare a tal fine i seguenti allegati parte integrante al presente atto:

- ALLEGATO 1 - “*Linee evolutive del Sistema Socio Sanitario Lombardo*”;



Regione Lombardia

LA GIUNTA

- ALLEGATO 2 - *“Cronicità e fragilità: percorsi di integrazione socio sanitaria e sanitaria”*;
- ALLEGATO 3 - *“Regole di Sistema 2014: ambito sanitario”* con i seguenti sub-allegati:
 - Sub-Allegato A *“Tariffe 108 DRG a rischio di inappropriatazza”*;
 - Sub-Allegato B *“Controlli”*;
 - Sub-Allegato C *“Attività riabilitative”*;
- ALLEGATO 4 - *“Regole di Sistema 2014: ambito socio sanitario”*;

PRESO ATTO altresì della preventiva informazione resa:

- alle OO.SS. in data 10.12.2013;
- alla Consulta della Sanità in data 16.12.2013;
- alle Aziende Sanitarie Locali e alle Aziende Ospedaliere in data 13.12.2013;
- ai Tavoli permanenti di consultazione di cui alla l.r. 3/2008 in data 10.12.2013;

VAGLIATE 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 per l'anno 2014, approvando conseguentemente i seguenti allegati, parte integrante del presente provvedimento:
 - ALLEGATO 1 - *“Linee evolutive del Sistema Socio Sanitario Lombardo”*;
 - ALLEGATO 2 - *“Cronicità e fragilità: percorsi di integrazione socio sanitaria e sanitaria”*;
 - ALLEGATO 3 - *“Regole di Sistema 2014: ambito sanitario”* con i seguenti sub-allegati:



Regione Lombardia

LA GIUNTA

- > Sub-Allegato A *“Tariffe 108 DRG a rischio di inappropriatazza”*;
 - > Sub-Allegato B *“Controlli”*;
 - > Sub-Allegato C *“Attività riabilitative”*;
 - ALLEGATO 4 - *“Regole di Sistema 2014: ambito socio sanitario”*;
- 2) di confermare, per l'esercizio 2014, l'impianto e l'assetto regolativo vigente in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale, con le precisazioni, integrazioni e modifiche contenute negli allegati parte integrante e sostanziale del presente atto;
- 3) di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul BURL e sui siti internet delle Direzioni Generali Salute e Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato.

IL SEGRETARIO
MARCO PILLONI

ALLEGATO 1

LINEE EVOLUTIVE DEL SISTEMA SOCIO-SANITARIO

Il contesto di riferimento

Il piano regionale di sviluppo ha individuato la necessità di operare un riordino del sistema sanitario e socio sanitario lombardo che permetta di mantenere e migliorare i livelli raggiunti, riconosciuti sia a livello nazionale che europeo, pur in un contesto nel quale alla crescita della domanda sanitaria e socio sanitaria corrisponde una contrazione delle risorse disponibili.

L'analisi epidemiologica e del bisogno delle persone è dunque il primo elemento da considerare per poter individuare gli scenari evolutivi della rete di offerta. Da questo punto di vista senza dubbio la sfida che dovrà affrontare il sistema sanitario sarà affrontare il tema della cronicità.

Gli interventi di prevenzione, le capacità di cura del sistema sanitario, le tecnologie e l'innovazione diagnostica e terapeutica hanno notevolmente contribuito ad un innalzamento della speranza di vita ed anche ad una sua qualità indubbiamente migliore rispetto al passato. Questi risultati certamente positivi hanno d'altra parte generato un costante aumento di pazienti che soffrono di patologie croniche. Per questi pazienti solo la continuità di controlli e terapie aumentano il numero di anni vissuti in assenza di gravi invalidità. Oggi in Lombardia si registrano oltre 3 milioni di pazienti cronici, pari al 30% della popolazione: il trattamento di questi soggetti rappresenta però il 70% della spesa sanitaria relativi alle attività di ricovero e cura, di specialistica ambulatoriale ed ai consumi di farmaci. All'interno di questo gruppo di pazienti aumenta sempre più il numero delle persone in condizione di cronicità socio sanitaria (anziani non autosufficienti, persone con disabilità, persone affette da dipendenze da sostanze, etc), stimabili in circa 600.000. Anche gli utenti delle Unità d'Offerta socio sanitarie stanno diventando sempre più fragili e complessi: a mero titolo di esempio si pensi che il 70% degli ospiti delle RSA sono persone affette da demenze, di cui il 36% con forme gravi di demenza. In particolare, il 7% sono persone affette da Alzheimer, l'1% sono stati vegetativi e persone affette da malattie del motoneurone (SLA, etc) ed il restante 22% sono anziani con diverso livello di fragilità, che confluiscono nella cosiddetta utenza tipica RSA. Dal 2004, il numero di persone con forme gravi di demenza e con Alzheimer è aumentato in modo rilevante (oltre il 22%), passando da 29.825 a 36.410 (30.469 demenze gravi e 5.941 Alzheimer)

Il trattamento delle persone con cronicità è ancora oggi molto legato all'assistenza ospedaliera: in alcuni presidi ospedalieri i pazienti cronici arrivano a coprire più del 90/95% della casistica e ciò porta a concludere che parlare di ospedale per acuti non è quindi più del tutto adeguato. Sempre di più, infatti, gli ospedali cosiddetti per acuti trattano episodi acuti che insorgono in pazienti affetti da patologia cronica. La tipologia dei bisogni derivanti da situazioni di cronicità richiede pertanto un cambio di paradigma: se il nostro modello di assistenza prevalente, tipico degli ospedali e del loro sistema di finanziamento, prevede l'erogazione di prestazioni, affrontare il tema della cronicità richiede invece modelli centrati su una nuova modalità di presa in carico integrata della persona, che garantisca una continuità di assistenza tra servizi territoriali e servizi specialistici ospedalieri e percorsi di cura o di accesso ai servizi sanitari e socio sanitari. Solo partendo da una concreta integrazione delle risorse, umane e finanziarie, e delle linee strategiche sarà possibile affrontare quella che nei prossimi anni possiamo definire come una vera e propria 'emergenza' sanitaria e sociale. Occorre pertanto che il processo di revisione del sistema sanitario e socio sanitario sia orientato complessivamente al prendersi cura di queste persone offrendo servizi adeguati ai bisogni espressi da loro e dalle loro famiglie

Il sistema sociosanitario lombardo già da tempo si sta muovendo lungo questa direzione: l'ospedalizzazione in regime di ricovero, erogata dai circa 200 presidi ospedalieri pubblici e privati accreditati si è significativamente ridotta negli ultimi 10 anni, mentre sono aumentate le attività svolte in regime ambulatoriale; le attività e la spesa socio sanitaria (ADI, semi-residenzialità, residenzialità) si sono ampliate nell'ultimo decennio del 53%. Nel 2013 all'ambito sociosanitario sono state destinate risorse in grado di finanziare l'attività di oltre 80.000 posti accreditati, per assistere più di 600.000 persone

Gli attori coinvolti a livello territoriale sono molteplici e diversificati: occorre pertanto una nuova e più incisiva azione di governo. L'aumento della fragilità e della cronicità, non accompagnato da una revisione del sistema di offerta, pone infatti problemi di sostenibilità economica del sistema ospedale – territorio, derivante anche da un'inappropriatezza nell'accesso ai servizi, evidenziata anche dalle sperimentazioni, tutt'ora in corso, di modelli di valutazione multidimensionale del bisogno.

Lo scenario evolutivo

Per attuare le linee di sviluppo del sistema sanitario e socio sanitario è necessaria quindi una revisione del modello di governance complessivo, che incida sui meccanismi di programmazione, finanziamento, committenza e produzione. I possibili obiettivi del nuovo modello di governance potrebbero essere:

- Completamento e piena definizione di un modello a rete per l'assistenza ospedaliera, che permetta di mantenere il primato del sistema lombardo legato in termini di qualità ed esiti, soprattutto nelle alte specialità, anche attraverso il costante raccordo fra assistenza, innovazione, ricerca e didattica;
- Definizione di un assetto organizzativo in grado di consolidare lo spostamento dell'asse di cura dall'ospedale al territorio e caratterizzato da prossimità, presa in carico e continuità delle cure, che garantisca in particolare:
 - Orientamento ed accesso delle persone e delle famiglie ai servizi territoriali;
 - Coordinamento dei servizi territoriali sanitari e socio sanitari;
 - Presenza di servizi (presidi territoriali, poliambulatori, cure intermedie, riabilitazione, consultori, etc) di riferimento per l'assistenza ai cronici;
 - Raccordo e sistematizzazione della rete degli operatori accreditati in ambito sanitario (ospedali, ambulatori etc) e socio sanitario (RSA, RSD, ADI etc)
- Piena separazione fra le funzioni di erogazione delle prestazioni, anche in ambito territoriale, e le funzioni di programmazione sanitaria e sociosanitaria, negoziazione, contrattualizzazione e controllo della rete di offerta. Tali funzioni anche al fine di garantire al meglio le sinergie dell'offerta territoriale, potrebbero riguardare una dimensione più ampia di quella delle attuali ASL, ma comunque tale da poter garantire un presidio attento del territorio e dei suoi bisogni sanitari

- Aggregazione di diverse strutture / funzioni (acquisti, formazione, concorsi, sistemi informativi, edilizia sanitaria, servizi trasversali) per una maggiore efficienza amministrativa

All'interno di questa visione strategica si possono delineare alcune direttrici, distinte fra rete ospedaliera e rete territoriale, che potranno indirizzare lo sviluppo del sistema.

Rete ospedaliera

Il tratto saliente che distingue il sistema sanitario lombardo è dato dalla capacità dimostrata dalla propria rete ospedaliera, indirizzata ai pazienti acuti, di qualificarsi e specializzarsi, di perseguire l'innovazione, di garantire la formazione e l'aggiornamento dei propri operatori: per mantenere questo primato è oggi necessario proseguire nell'attribuzione di un ruolo più preciso dei diversi presidi esistenti, definendo degli ospedali di riferimento e degli ospedali di rete all'interno di bacini di utenza omogenei, tenendo conto anche delle infrastrutture di collegamento e degli investimenti già operati per la realizzazione di nuovi ospedali

Lo sviluppo di un sistema di rete ospedaliero può rappresentare l'opportunità per completare il percorso già avviato con l'avvento delle reti di patologia e permettere la definizione ed il monitoraggio di percorsi diagnostico terapeutici appropriati che attraversano i diversi livelli della rete.

In questo quadro di riferimento svolge un ruolo fondamentale il livello regionale e territoriale di programmazione: l'attività degli ospedali dovrà quindi essere sempre più orientata alla risposta appropriata alla domanda e la valutazione di qualità ed esiti delle cure divenire parte del sistema di finanziamento. La libertà di scelta dei cittadini, principio fondante del Sistema lombardo, si viene così a connotare come diritto a operare scelte consapevoli.

Rete territoriale

E' necessario promuovere e sostenere una «cultura» dell'assistenza territoriale che sviluppi un proprio sistema di regole, organizzativo e di pratiche basato sui seguenti principi:

- Prossimità: un modello vicino alle persone ed alle famiglie, che orienti e faciliti l'accesso ai servizi territoriali sanitari e socio sanitari.
- Presa in carico: la valutazione multidimensionale del bisogno è lo strumento che garantisce appropriatezza nell'accesso ai servizi territoriali. La valutazione del bisogno deve essere unica per accedere all'assistenza sanitaria e socio sanitaria e, in prospettiva, anche a quella sociale. E' fondamentale in questo senso la collaborazione del MMG, parte attiva rispetto ai processi di valutazione del bisogno e attore chiave per l'integrazione di prestazioni sanitarie (CReG, protesica, etc) e socio sanitarie (ADI, cure intermedie, etc) in un unico Piano di Assistenza Individuale.
- Continuità assistenziale: tale principio deve essere letto come capacità di seguire i pazienti nel loro cammino dal territorio all'ospedale ed ancora al territorio. L'obiettivo è facilitare la ricomposizione dei

servizi che vanno a costituire il piano di assistenza individuale, definito in sede di valutazione multidimensionale..

Si osserva d'altra parte che mentre l'assistenza ospedaliera trova nell'ospedale un punto di erogazione ben riconoscibile e tradizionalmente consolidato, l'assistenza territoriale non è ancora riuscita ad individuare un analogo punto di riferimento per i cittadini.

Un passo deciso verso il prendersi cura della cronicità parte quindi dalla costituzione di un distinto polo **territoriale** che sia in grado di generare una propria offerta e capacità di attrazione alternativa all'ospedale e che, insieme all'ospedale, crei il circuito virtuoso della continuità ospedale territorio. La nascita di un sistema territoriale consente di applicare su di esso quelle metodologie di appropriatezza, efficienza ed outcome che possono generare importanti razionalizzazioni sui costi, oltre a rendere finalmente operativa la continuità assistenziale.

Questo nuovo paradigma di prendersi cura è oggi in fase di sperimentazione, in ambito sanitario, con il CreG, che prevede la gestione attiva dei pazienti cronici attraverso un nuovo soggetto (oggi cooperative di medici di medicina generale) che si occupa di coordinare e di vigilare sul percorso di diagnosi e cura definito per ogni paziente, in ambito socio sanitario con diverse iniziative dalle "RSA aperte" al Consultorio familiare come centro per la Famiglia.

L'effettiva necessità non è di incrementare la quantità dell'offerta, quanto quella di "organizzare" la presa in carico dei bisogni del cittadino per gestire la "cronicità": la complessità dei bisogni di queste persone, in particolare per la cronicità di tipo socio sanitario richiede di sviluppare una nuova modalità di presa in carico integrata tra servizi territoriali e servizi specialistici ospedalieri, mantenendo, fino al massimo possibile, la persona al proprio domicilio e collocando il luogo fisico della gestione prioritaria della persona in un luogo fisico identificabile in un Presidio Territoriale.

Il Presidio territoriale è quindi il luogo, fisico e riconoscibile, attraverso il quale viene garantita al cittadino l'erogazione di tutte le prestazioni di base comprese le cure primarie, anche in regime urgente, la valutazione multidimensionale del bisogno, ma anche il luogo ove avviene la presa in carico per l'orientamento alla persona fragile o con cronicità per le sue decisioni nell'accesso agli altri nodi della rete di assistenza. In questa dimensione va trovata l'integrazione e l'uniformazione dell'offerta sanitaria e socio sanitaria ed il raccordo con la componente sociale a titolarità comunale, in una visione di valorizzazione delle risorse appartenenti alla comunità locale. In questa prospettiva occorre valutare le opportunità rappresentate anche dai piccoli presidi ospedalieri che già oggi ricoverano prevalentemente pazienti di tipo cronico.

ALLEGATO 2

**CRONICITÀ E FRAGILITÀ: PERCORSI DI INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA E
SANITARIA**

1. PREMESSA

Le Direzioni Generali Salute e Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato intendono evidenziare il proprio impegno e la propria condivisione ad una rivisitazione di metodologie, indirizzi e livelli organizzativi per le aree di intervento che le vedono coinvolte su percorsi di forte integrazione.

L'obiettivo primario è quello di rendere sempre più accessibile e semplificato il percorso di salute, di assistenza e di presa in carico delle persone, in particolare di quelle più fragili per non autosufficienza o disabilità che impegnano fortemente le famiglie non solo sul piano della cura da rendere al domicilio, ma anche per le grandi implicazioni che si verificano a livello operativo, emotivo e relazionale tra tutti i membri della famiglia.

Un percorso progressivo e dinamico che porti il nostro sistema di offerta a livelli sempre maggiori di qualità, che garantisca specialistica di alto livello e che contestualmente innalzi il livello di assistenza territoriale per gradi di appropriatezza sempre maggiori, investendo sul tema della non autosufficienza in tutte le sue dimensioni.

Il cambiamento dei bisogni e le necessità di sostenibilità economica del sistema richiedono, come già esplicitato nell'allegato 1, un assetto organizzativo in grado di recepire lo spostamento dell'asse di cura dall'ospedale al territorio, nonché una revisione ed ammodernamento del sistema di offerta territoriale, anche nella prospettiva di appropriatezza e di flessibilità dei servizi.

In termini di sostenibilità ed in relazione specifica al crescente numero di cronicità sia di tipo sanitario che sociosanitario, è necessario anche sviluppare nuove e più incisive politiche di prevenzione.

I principi del modello evolutivo dell'assistenza territoriale declinati nell'allegato 1 possono essere ulteriormente sviluppati per quanto concerne i bisogni di:

- Prossimità: con una condivisione delle proposte oggi in fase di sperimentazione dei centri unici per la famiglia, o degli sportelli per il welfare che, nella logica dell'orientamento dei cittadini alla rete sanitaria e socio sanitaria, intendono dare risposta al questo bisogno,
- Flessibilità: le domande che provengono dalle persone e dalle famiglie, anche in ragione della crisi economica che le sta attraversando, sono sempre più orientate verso servizi ed interventi di carattere temporaneo - prevalentemente che consentano una permanenza al domicilio delle persone fragili e in condizione di cronicità - sia dell'area sanitaria e sociosanitaria sia sociale; ciò richiede risposte non sempre riconducibili ad una classificazione tradizionale dei servizi oggi normati,
- Presa in carico: dalle famiglie proviene sempre più la domanda di essere supportate ed accompagnate in modo integrato nella realizzazione del progetto di vita della persona fragile. Ciò attraverso un aiuto che superi le difficoltà di orientamento e scelta del percorso di cura e assistenza più appropriato.
- Continuità assistenziale: l'obiettivo è facilitare la ricomposizione dei servizi che vanno a costituire il piano di assistenza individuale, definito in sede di valutazione multidimensionale.

Alla luce delle considerazioni sopra esposte, vengono di seguito declinate le aree di integrazione che vedranno impegnate le Direzioni Generali Salute e Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato nell'anno 2014, in un lavoro congiunto, al fine di consolidare le azioni integrate per il processo di ulteriore sviluppo nel passaggio dalla "cura" al "prendersi cura".

2. LA PRESA IN CARICO DELLA CRONICITÀ

Nel 2014 la Regione intende identificare opportunità di sviluppo (organizzative e istituzionali) per governare la cronicità secondo un modello "sistemico", che integri tra loro tutte le fasi del percorso della persona affetta da condizioni croniche (promozione della salute, prevenzione, cure ospedaliere, cure territoriali, assistenza sociosanitaria ecc...) al fine di garantire continuità nell'accesso alla rete dei servizi, nonché integrazione e raccordo tra MMG, operatori territoriali, specialisti e mondo ospedaliero e rete d'offerta sociosanitaria.

Gli interventi di prevenzione, le capacità di cura del sistema sanitario, le tecnologie e le ricerche sanitarie ma non da ultimo il sistema del soccorso nei casi di urgenza, hanno, come già detto, notevolmente contribuito ad un innalzamento della speranza di vita ed anche ad una sua qualità migliore rispetto al passato. Tuttavia a questi aspetti, indubbiamente positivi si accompagnano elementi di criticità, sui fronti dei sistemi dell'assistenza sanitaria e socio sanitaria che devono fare i conti con un aumento delle cronicità. Pensiamo per esempio non solo all'aumento della popolazione anziana, ma anche alla speranza di vita che oggi, al contrario del passato, hanno le persone anche con gravissime disabilità. Parlare oggi di cronicità, quindi, non significa solo affrontare un problema di patologia, ma, sempre più spesso, significa affrontare il tema più complessivo della cronicità di natura sociosanitaria, della sua elevata intensità di cura, che alla complessità clinica associa bisogni di tipo assistenziale e sociale.

Per la cronicità di tipo sociosanitario, data la complessità dei bisogni di queste persone, è necessario sviluppare una nuova modalità di presa in carico integrata che garantisca da un lato una continuità di assistenza tra servizi territoriali e servizi specialistici ospedalieri, e dall'altro percorsi di cura o di accesso ai servizi sanitari e sociosanitari in qualche modo "privilegiati".

Occorre pertanto che il processo di revisione del sistema sanitario e sociosanitario, così come l'attribuzione delle risorse, siano orientate complessivamente al prendersi cura di queste persone offrendo servizi adeguati ai bisogni espressi da loro e dalle loro famiglie.

In questo senso sarà attivato uno specifico gruppo di lavoro tra le Direzioni Generali Salute e Famiglia Solidarietà sociale e Volontariato che, a partire dalla condivisione di una valutazione multidimensionale unica per l'accesso a tutti i servizi territoriali sanitari e sociosanitari, intraprenda un percorso di condivisione di metodologie, di strumenti e di modelli organizzativi per la presa in carico integrata delle cronicità di tipo sociosanitario attraverso la costruzione di Piani di assistenza individuali che ricompongano la risposta sanitaria e sociosanitaria.

Anche attraverso il confronto coi diversi attori in gioco e la collaborazione con le Aziende Sanitarie, sarà, quindi, sviluppato un Piano Strategico pluriennale per affrontare la cronicità centrato quindi sulla persona - e non sulla malattia o sulle strutture - secondo una visione sistemica capace di ricomporre, in una programmazione unitaria ed integrata, l'attuale frammentazione dei servizi forniti alla persona (pur se già numerosi e di elevata qualità in Lombardia).

3. PRENDERSI CURA DELLE DEMENZE

I dati epidemiologici stimano in circa 200.000 le persone affette da forme di demenza di diverso tipo (Alzheimer e altre) in Regione Lombardia. Si tratta di persone prevalentemente di età superiore a 65 anni. Si capisce quindi come il problema della demenza non sia puramente di natura clinica legato allo sviluppo della patologia (che porta ad un deterioramento cognitivo su un lungo arco temporale di più anni), ma soprattutto di natura sociosanitaria e relazionale, dato l'elevato impatto sulla famiglia.

Il costante invecchiamento della popolazione in atto, negli ultimi anni, ha determinato un progressivo cambiamento dell'utenza RSA, sempre più caratterizzata da elementi di complessità e

di deterioramento. Oggi, come meglio dettagliato nell'allegato 1, si ha una prevalenza di persone con un'alterazione dello stato della coscienza e/o con un grado di demenza significativo. Proprio per questo motivo, la Regione Lombardia, attraverso la DGR 856/2013, ha istituito una misura specifica volta a supportare le famiglie che mantengono al domicilio la persona affetta da demenze, anche attraverso la costruzione di percorsi flessibili nel contesto della rete regionale dell'offerta per la non autosufficienza con un orientamento evolutivo multiservizi. Inoltre, i primi esiti della sperimentazione della scala VAOR nelle RSA, hanno fatto emergere la possibilità di individuare un livello di intensità assistenziale dedicato alle demenze, in particolare alle persone nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi del comportamento e/o dell'affettività, che richiedono trattamenti estensivi di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale in ambiente "protesico". Si tratta di valutazioni di cui si terrà conto nel momento in cui si procederà alla revisione del sistema di classificazione degli ospiti delle RSA.

Si riscontra tuttavia la necessità di avviare un percorso regionale strutturato, volto a definire una presa in carico globale della persona affetta da demenza e della sua famiglia, che deve portare ad una integrazione dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali.

Per questo, nel 2014 verrà costituito un Gruppo di Lavoro integrato tra Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato e Direzione Generale Salute, che definirà un Piano d'Azione Regionale per le Demenze. Attraverso il Piano d'Azione Regionale, verrà definito il percorso integrato per la persona affetta da demenza, affrontando i diversi nodi problematici presenti oggi sul tema (gestione fase sub acuta, formazione specifica del personale degli ospedali e delle strutture sociosanitarie, etc).

4. DOPPIA DIAGNOSI

Il tema della "doppia diagnosi", definibile come coesistenza di patologie differenti nel medesimo soggetto, trova spesso riscontro in ambito psichiatrico e nella rete di offerta sociosanitaria e sociale.

Questo quadro "patologico", per diverse motivazioni, tra le quali quelle già evidenziate per la cronicità, è in significativo aumento in particolare nelle aree delle disabilità in età evolutiva, delle dipendenze e nelle forme di demenza di persone adulte o anziane.

Spesso in presenza di "doppia diagnosi" - ed in assenza di un percorso diagnostico e di valutazione multidimensionale dei bisogni della persona, integrato e condiviso tra sociale, sociosanitario e sanitario - si assiste ad una inappropriata cura ed assistenza, se non anche ad un rifiuto di presa in carico da parte della, seppur ampia e differenziata, rete d'offerta di cui dispone la nostra Regione.

Le famiglie sono spesso lasciate sole nella ricerca di soluzioni che le sostengano nel carico di cura e nelle conseguenti problematiche relazionali del sistema familiare.

Nel corso del 2014 si proseguirà, pertanto, nel lavoro di integrazione tra le Direzioni Generali Salute e Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato al fine di individuare, con la collaborazione di esperti delle diverse aree di intervento: metodologie diagnostiche, protocolli di intervento, strumenti organizzativi, eventualmente anche in termini di offerta e relative risorse economiche, che possano garantire una reale presa in carico integrata della persona e della sua famiglia.

5. RETE TERRITORIALE DI CURE PALLIATIVE

Regione Lombardia sta progressivamente attuando quanto previsto dalla DGR n. IX/4610/2012 in ordine allo sviluppo della rete di cure palliative e della rete di terapia del Dolore in applicazione

della Legge 38 del 15 marzo 2010 “Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e della rete di terapia del dolore” e ai successivi provvedimenti attuativi.

Il Piano socio sanitario regionale 2010-2014 nel prevedere il completamento della Rete regionale per le Cure Palliative, pone una specifica attenzione alla definizione di un sistema di coordinamento tra le reti (regionale e locale), all’integrazione sanitaria, socio sanitaria e sociale, nonché allo sviluppo delle attività delle organizzazioni non profit e di volontariato; pone inoltre specifico impegno per uno sviluppo progressivo omogeneo della Rete di Terapia del Dolore attraverso l’individuazione dei Centri specialistici di Terapia del Dolore di I livello (Centro Ambulatoriale di Terapia del Dolore - Spoke) e di II livello (Centri Ospedaliero di Terapia del Dolore - Hub).

In tale prospettiva occorrerà proseguire il lavoro di integrazione tra la DG Salute e la DG Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato sulle cure palliative, con un orientamento territoriale centrato sulla prossimità e sulla continuità assistenziale; l’obiettivo è quello di garantire una maggiore integrazione tra i livelli ospedalieri specialistici con quelli territoriali e di domiciliarità, evitando la duplicazione di interventi, ottimizzando le risorse, garantendo l’adeguatezza della cura alla persona ed alla sua famiglia in una logica di attenzione del prendersi cura del sistema familiare anche nei suoi aspetti relazionali.

L’obiettivo è altresì quello di garantire una maggiore integrazione rispetto alla rete degli hospice, anche attraverso una maggiore omogeneità rispetto ai criteri di accesso, di accreditamento, di qualità e tariffe.

La ASL garantisce a livello territoriale l’integrazione di tutti i servizi afferenti alla rete delle cure palliative.

6. RIORDINO DELLA RIABILITAZIONE

La Legge 135/2012 art.15 comma 13 lettera c) stabilisce lo standard dei posti letto accreditati ospedalieri ed effettivamente a carico del SSN ad un livello non superiore a 3,7 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie.

In attesa delle determinazioni del “Patto della Salute”, anche per il 2014 si prevede di perseguire l’obiettivo di contemperare le esigenze di riduzione dell’offerta pur garantendo livelli di erogazione di prestazioni di elevata qualità in totale sicurezza.

Il riordino della riabilitazione, dettagliatamente riportato anche nell’allegato 3 sub. C della Direzione Generale Salute, ha visto una stretta collaborazione tra le due Direzioni. Il percorso condiviso è stato realizzato nell’ambito delle attività riabilitative per gli adulti, individuando due tipologie di riabilitazione - ospedaliera e ambulatoriale – che afferiscono alla Direzione Generale Salute ed istituendo la rete delle “Cure Intermedie”, che afferisce alla Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato. In questo modo, viene assicurato un processo dinamico di continuità assistenziale per livelli di intensità alle persone che necessitano, per eventi acuti o per cronicità sociosanitaria, di interventi riabilitativi o abilitativi o di mantenimento / potenziamento delle abilità residue.

7. NEUROPSICHIATRIA DELL’INFANZIA E DELL’ADOLESCENZA E RIABILITAZIONE IN ETÀ EVOLUTIVA

Per quanto concerne le problematiche delle disabilità in età evolutiva, si procederà ad un riordino della rete specifica di riabilitazione che non è ricompresa nelle regole del presente provvedimento. Allo scopo sarà costituito uno specifico Gruppo di lavoro che oltre alle due Direzioni vedrà la

partecipazione di esperti del settore ed integrando la rete d'offerta della NPIA e quella della riabilitazione extra ospedaliera (già ex articolo 26) afferente alla Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato.

Il Gruppo avrà il compito di elaborare metodologie, requisiti organizzativi e gestionali e percorsi assistenziali con l'obiettivo di garantire appropriatezza delle cure e semplificazione dell'accesso per le famiglie.

Sarà affrontato anche il tema della residenzialità terapeutica e di lungoassistenza che in Lombardia appare in aumento e in trasformazione, soprattutto per situazioni di elevata complessità. Risulta quindi opportuno approfondire nuove modalità di risposta ai bisogni in un'ottica di percorsi di cura differenziati per intensità assistenziale.

Date le numerose difficoltà esistenti nella gestione delle problematiche in età evolutiva e delle liste d'attesa nei diversi servizi e strutture, risulta necessario che:

- ogni ASL avvii un raccordo stabile tra UONPIA, strutture accreditate di NPIA, strutture di riabilitazione, e comunità educative per minori del proprio territorio per una rilevazione degli utenti con disturbi neuropsichici dell'età evolutiva, ai loro percorsi, alle liste d'attesa esistenti, alle progettualità in atto,
- vengano individuati e condivisi a livello regionale criteri trasversali di segmentazione dell'utenza, di priorità per l'accesso e la presa in carico e di coordinamento della rete,
- vengano, inoltre, definiti alcuni percorsi di riferimento prioritari e le risorse necessarie per garantirne l'erogazione appropriata e tempestiva.

ALLEGATO 3

REGOLE DI SISTEMA 2014

AMBITO SANITARIO

INDICE

1. LO SCENARIO DI FINANZIAMENTO DEL SISTEMA SANITARIO REGIONALE.....	8
1.1. IL QUADRO GENERALE DI FINANZIAMENTO PER L'ANNO 2014.....	8
2. IL LIVELLO PROGRAMMATARIO DEL SISTEMA SANITARIO REGIONALE.....	21
2.1. IL GOVERNO DELLA PREVENZIONE.....	21
2.1.1. PREVENZIONE E TUTELA SANITARIA	21
2.1.2. PREVENZIONE VETERINARIA	22
Piano Integrato Aziendale di Prevenzione Veterinaria (PIAPV)	22
2.2. IL GOVERNO DELLA RETE DI EMERGENZA.....	23
2.2.1. IL NUMERO UNICO EUROPEO DELL'EMERGENZA – 112	23
2.3. IL GOVERNO DELL'OFFERTA OSPEDALIERA	23
2.3.1. INTERVENTI RELATIVI A ACCREDITAMENTO, NEGOZIAZIONE E CONTRATTUALIZZAZIONE DEGLI EROGATORI	23
Interventi per la riduzione dei 108 DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza di cui al Patto della Salute 2010/2012	26
Il Metodo di Negoziazione.....	27
2.3.2. INTERVENTI SUL SISTEMA TARIFFARIO	28
Tariffe uniche per DRG a degenza breve.....	28
Attività di Adroterapia.....	28
Attività di medicina trasfusionale.....	29
Procedure riconducibili ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza	29
Meniscectomia (codice 80.61)	29
Innesti cutanei (codici 86.66, 86.67 e 86.69)	30
Indicazioni per l'esercizio 2014	31
2.3.3. FUNZIONI 2013 /2014 E MAGGIORAZIONI TARIFFARIE DI CUI ALLA LEGGE 7/2010.....	31
2.3.4. FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO DEGLI OPERATORI	35
Il Piano di formazione della Direzione Generale Salute	35
Il Piano di formazione aziendale	35
Interventi per la razionalizzazione della spesa in ambito formativo.....	35
ECM-Provider	36
Contratti di formazione specialistica.....	36

2.4.	IL GOVERNO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE E DELLA CRONICITÀ	36
2.4.1.	INTERVENTI PER IL GOVERNO DELLA CRONICITÀ	36
2.4.2.	INTERVENTI PER IL PROSEGUIMENTO DELLA SPERIMENTAZIONE CREG	37
2.4.3.	INTEGRAZIONE CON I PROGRAMMI DI PROMOZIONE DELLA SALUTE	39
2.4.4.	INTERVENTI DI TUTELA DELLA SALUTE MENTALE	39
	Psichiatria	39
	Ospedali psichiatrico giudiziari.....	40
	Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza	41
2.4.5.	LA MEDICINA CONVENZIONATA TERRITORIALE: ACCORDI INTEGRATIVI REGIONALI.....	42
2.5.	ATTIVITA' DI CONTROLLO.....	44
2.5.1.	PROGRAMMAZIONE DELLE ATTIVITÀ DI CONTROLLO A TUTELA DELLA SALUTE E SICUREZZA DEI CITTADINI/CONSUMATORI/LAVORATORI.....	44
2.5.2.	PIANI DEI CONTROLLI PER SICUREZZA ALIMENTARE E SANITÀ PUBBLICA VETERINARIA	45
	Programma regionale dei controlli sulla filiera agroalimentare	45
	Piano di controllo sulle aziende zootecniche	45
	Programmazione e attuazione del controllo ufficiale sulla base della categorizzazione del rischio	45
2.5.3.	CONTROLLI DELL'ATTIVITÀ DI ASSISTENZA	45
2.6.	APPLICAZIONE DELLA DIRETTIVA UE 24/2011 E GESTIONE DEI PAZIENTI STRANIERI.....	47
2.6.1.	RECEPIMENTO A LIVELLO REGIONALE DELLA DIRETTIVA UE 24/2011 SULLE CURE TRANSFRONTALIERE.....	47
2.6.2.	GESTIONE DATI IN ANAGRAFE E NELLE ATTIVITÀ EROGATE PER PAZIENTI STRANIERI E STP ..	48
2.7.	IL GOVERNO DEGLI INVESTIMENTI DELLE AZIENDE SANITARIE	50
2.7.1.	LINEE DI INDIRIZZO PER L'ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI DI EDILIZIA SANITARIA.....	51
	Indicazioni in ordine ai piani di investimento aziendali	51
	Indicazioni in ordine ad arredi e attrezzature	52
2.7.2.	PIANO DI INVESTIMENTI FINALIZZATO ALL'EFFICIENTAMENTO DEL SISTEMA	53
2.7.3.	AMMODERNAMENTO DEL PATRIMONIO TECNOLOGICO DELLE AZIENDE SANITARIE	53
	Flusso delle tecnologie e gestione dell'inserimento di nuove apparecchiature	53
2.7.4.	NUOVI OSPEDALI E PROGETTI STRATEGICI	54
2.7.5.	INDICAZIONI IN ORDINE A VARIANTI IN CORSO D'OPERA E AD ECONOMIE DA RIBASSI.....	55
3.	INTERVENTI PER IL MIGLIORAMENTO DI QUALITÀ ED APPROPRIATEZZA NEL SISTEMA SANITARIO REGIONALE LOMBARDO.....	56
3.1.	INTERVENTI PER IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ	56
3.1.1.	VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE ASL NELL'AREA «PREVENZIONE»: AVVIO DEL PERCORSO DI BENCHMARKING	56
3.1.2.	INTERVENTI DI MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLA RETE DI OFFERTA ASSISTENZIALE .	56

	Check list di autovalutazione.....	58
	Indicatori di valutazione degli ospedali e di monitoraggio interno dei processi	58
3.1.3.	GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA	59
3.2.	INTERVENTI PER IL MIGLIORAMENTO DELL'APPROPRIATEZZA CLINICA.....	60
3.2.1.	APPROPRIATEZZA DELLE PRESTAZIONI DI PREVENZIONE ONCOLOGICA	60
	I programmi di screening.....	60
	Integrazione dei programmi di screening nelle azioni di sistema	61
3.2.2.	GOVERNO DELLA DOMANDA E APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	61
3.2.3.	REGOLAMENTAZIONE DEGLI ACCESSI IN PRONTO SOCCORSO.....	62
3.2.4.	INTERVENTI PER VALUTARE L'ADESIONE A LINEE GUIDA E PDTA.....	63
3.2.5.	INDIVIDUAZIONE DI PERCORSI SPECIFICI PER LE NUOVE TERAPIE AD ALTO COSTO (EPATITE, ONCOEMATOLOGIA, OCULISTICA)	64
3.2.6.	RETI DI PATOLOGIA	64
	Rete Oncologica Lombarda – ROL	65
	Rete Ematologica Lombarda – REL.....	66
	Rete Nefrologica Lombarda - ReNe	67
	Rete Stroke	67
	Rete STEMI	67
	Rete di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA).....	68
3.2.7.	GESTIONE DELL'INNOVAZIONE: HTA E NUOVI DISPOSITIVI E TECNOLOGIE	68
3.2.8.	MEDICINA DI GENERE.....	68
3.3.	INTERVENTI PER IL MIGLIORAMENTO DELL'APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA.....	69
3.3.1.	INTERVENTI IN AMBITO DI PREVENZIONE	69
	Miglioramento dei processi di sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive	69
	Pianificazione integrata degli interventi di promozione di stili di vita e ambienti favorevoli alla salute e di prevenzione CCV	69
	Contrasto al fenomeno infortunistico e tecnopatico	70
	Azioni di “empowerment” e di promozione della cultura della sicurezza	71
	Procedimenti di Valutazione di Impatto Ambientale da parte delle ASL.....	72
3.3.2.	INTERVENTI IN AMBITO VETERINARIO.....	72
	Standardizzazione delle attività di controllo in ambito di prevenzione veterinaria	72
3.3.3.	INTERVENTI DI RIORDINO DELLA RETE DI OFFERTA.....	72
	Attività di riabilitazione	72
	Cure sub-acute	74
	Rete di Cure Palliative e Rete di Terapia del Dolore.....	77
	Assistenza specialistica territoriale – ulteriori servizi	78

Le Sperimentazioni Gestionali pubblico-privato	79
Rete dei punti nascita.....	79
Rete delle alte specialità	80
Riorganizzazione della Rete Trasfusionale Lombarda	81
Riordino della rete trapianti di organi, tessuti e cellule	81
Riordino della rete dei Servizi di Medicina di Laboratorio (SMel) delle strutture pubbliche..	82
Completa attuazione della Rete dei Laboratori di Prevenzione delle ASL	84
3.3.4. INTERVENTI PER MIGLIORARE L'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI DI GUARDIA ATTIVA	84
3.3.5. MALATTIE RARE: PERCORSO CONDIVISO ASL/AO DI PRESA IN CARICO	84
3.3.6. INTERVENTI DI MIGLIORAMENTO DEI TEMPI DI ATTESA	85
4. INTERVENTI PER IL MIGLIORAMENTO DELL'EFFICIENZA.....	87
4.1. INTERVENTI LEGATI ALLA GESTIONE DELLE RISORSE UMANE	87
4.1.1. PIANI DI ORGANIZZAZIONE AZIENDALE (POA)	87
4.1.2. FABBISOGNI DI PERSONALE E PIANI DI ASSUNZIONE	87
Assunzione personale a tempo indeterminato e determinato	88
Assunzioni di personale non ricomprese nei contingenti autorizzati nel piano di assunzione annuale	88
4.1.3. CONCORSI.....	89
4.1.4. FONDI CONTRATTUALI	89
4.1.5. VALUTAZIONE E PREMIALITÀ	89
4.1.6. BUDGET 2014 – PERSONALE DIPENDENTE.....	90
4.1.7. INDENNITÀ DI VACANZA CONTRATTUALE	90
4.1.8. CONSULENZE, CONTRATTI ATIPICI ED INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI	90
4.1.9. RILEVAZIONE DELLA PRESENZA IN SERVIZIO DELLA DIREZIONE STRATEGICA AZIENDALE TRAMITE SISTEMI AUTOMATIZZATI	90
4.1.10. AUTOVETTURE E MISSIONI.....	91
4.1.11. FLUSSI INFORMATIVI	91
4.1.12. RISORSE AGGIUNTIVE REGIONALI	92
4.2. INTERVENTI DI POLITICA DEL FARMACO.....	92
4.2.1. RISPETTO DELLE TEMPISTICHE DI INVIO DEI FLUSSI DI FARMACEUTICA (FILE F).....	92
4.2.2. MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE TERAPIE IN FILE F.....	93
4.2.3. RISPETTO DELLE TEMPISTICHE DELL'INVIO DEI FLUSSI DI CONSUMO DI FARMACEUTICA OSPEDALIERA (FILE R).....	93
4.2.4. PROMOZIONE PRESCRIZIONE FARMACI EQUIVALENTI E BIOSIMILARI	94
4.2.5. FARMACI DI CUI AL PHT.....	95
4.3. INTERVENTI LEGATI ALLA GESTIONE DEGLI APPROVVIGIONAMENTI	95
4.3.1. IL SISTEMA DEGLI ACQUISTI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE	95

	Normativa approvvigionamento enti sanitari e utilizzo della piattaforma telematica SINTEL	96
	Procedure in forma aggregata	96
	Istruttoria istanze di autorizzazione	97
4.3.2.	IL SISTEMA REGIONALE DEGLI OSSERVATORI	100
	Flusso Consumi Dispositivi Medici	100
	Flusso Contratti	100
	Osservatorio Servizi	100
	Flusso informativo per il monitoraggio delle grandi apparecchiature sanitarie in uso presso le strutture sanitarie pubbliche, private accreditate e private non accreditate.....	101
	Sistemi di verifica e di monitoraggio	101
	Procedure negoziate per prodotti esclusivi	101
	Servizi in concessione.....	102
4.3.3.	OBIETTIVI DELLE AZIENDE SANITARIE NELLA GESTIONE DEGLI APPROVVIGIONAMENTI	102
4.4.	RISK MANAGEMENT/PATIENT SAFETY	102
4.5.	CONTROLLO DI GESTIONE	104
4.6.	N.O.C.C. (NUCLEO OPERATIVO DI CONTROLLO CONTABILE)	105
4.7.	IL SISTEMA INFORMATIVO SOCIO SANITARIO.....	105
4.7.1.	GOVERNANCE DEL SISTEMA INFORMATIVO SOCIO SANITARIO	105
4.7.2.	SISTEMA INFORMATIVO SOCIO SANITARIO: PIATTAFORMA REGIONALE D'INTEGRAZIONE.	106
	Sicurezza e razionalizzazione data center	106
4.8.	EFFICIENZA NEL SETTORE VETERINARIO	106
4.8.1.	MIGLIORAMENTO DELL'EFFICIENZA DELL'ATTIVITÀ DI PREVENZIONE IN AMBITO SICUREZZA ALIMENTARE E SANITÀ PUBBLICA VETERINARIA	106
5.	EQUITÀ, SEMPLIFICAZIONE, COMUNICAZIONE, TRASPARENZA, ANTICORRUZIONE	108
5.1.	AGGIORNAMENTO DELLE ESENZIONI DALLA COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA PER L'ASSISTENZA FARMACEUTICA.....	108
5.2.	SEMPLIFICAZIONE PER L'UTENZA.....	108
5.2.1.	SISTEMA INFORMATIVO SOCIO SANITARIO	108
	Portale dei servizi per il cittadino	108
	Ricetta elettronica e prescrizioni.....	108
	Certificati di malattia	109
	Fascicolo Sanitario Elettronico	109
	Rete regionale di prenotazione	109
5.2.2.	PROTESICA E ASSISTENZA INTEGRATIVA: PRESIDIO PER I PAZIENTI DIABETICI.....	109
5.2.3.	PROGETTO CELIACHIA	110
5.2.4.	SEMPLIFICAZIONE PERCORSO ESENZIONI	110

5.2.5.	INVIO TELEMATICO DEI CERTIFICATI D'INFORTUNIO SUL LAVORO DAI PRONTO SOCCORSO E DAI MEDICI DI MEDICINA GENERALE AD INAIL E ALL'ASL.....	110
5.3.	SEMPLIFICAZIONE PER LE AZIENDE OSPEDALIERE	111
5.3.1.	MIGLIORAMENTO DEI FLUSSI INFORMATIVI DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI VERSO REGIONE LOMBARDIA E VERSO MINISTERO DELL'ECONOMIA.....	111
5.4.	SEMPLIFICAZIONE PER LE IMPRESE	111
5.4.1.	ATTIVITÀ DI BONIFICA AMIANTO	111
5.4.2.	SEMPLIFICAZIONE DEGLI ADEMPIMENTI A CARICO DEGLI OPERATORI DEL SETTORE VETERINARIO	112
5.4.3.	SISTEMA INFORMATIVO VETERINARIO INTEGRATO (SIVI).....	112
5.5.	COMUNICAZIONE	112
5.5.1.	COMUNICAZIONE A CITTADINI E STAKEHOLDER DELLE RICADUTE DELLE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE.....	112
5.5.2.	COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE E INFORMAZIONE ALL'UTENZA	113
5.6.	OBBLIGHI DI PUBBLICITÀ, TRASPARENZA, DIFFUSIONE DI INFORMAZIONI (D.LGS 33/2013)	113
5.7.	DISPOSIZIONI IN MATERIA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE.....	114
6.	PROGRAMMI SPECIALI	115
6.1.	LA RICERCA	115
6.1.1.	FONDAZIONE REGIONALE PER LA RICERCA BIOMEDICA.....	115
6.1.2.	ATTIVITÀ DI RICERCA SANITARIA A SUPPORTO DELL'EVOLUZIONE DEL SSR	115
6.1.3.	ATTIVITÀ DI RICERCA A SUPPORTO DELLA RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE DI OFFERTA	116
6.1.4.	MODELLO DI ANALISI DEL PERCORSO DI ARMONIZZAZIONE DEI BILANCI AZIENDALI EX D.LGS 118/2011	116
6.2.	PARTECIPAZIONE ALLA PROGRAMMAZIONE EUROPEA 2014/2020	117
6.3.	COOPERAZIONE A FAVORE DI PAESI IN VIA DI SVILUPPO	117
7.	INTERNAZIONALIZZAZIONE, EXPO E MACROREGIONE DINAMICA	118
7.1.	PROGETTO DI BENCHMARKING TRA SISTEMI SANITARI REGIONALI	118
7.2.	STRATEGIE PER L'ATTRATTIVITÀ INTERNAZIONALE IN AMBITO MACROREGIONE	118
7.3.	VERSO EXPO	119
7.3.1.	ASPETTI LEGATI ALLA SICUREZZA DI CITTADINI, LAVORATORI E ALLA TUTELA DEI PARTECIPANTI	119
7.3.2.	ASPETTI LEGATI AGLI INTERVENTI DA PREVEDERE SULLA RETE ASSISTENZIALE.....	120
7.3.3.	VALORIZZAZIONE DEI PRODOTTI ITALIANI IN TEMA DI SICUREZZA ALIMENTARE	121

1. LO SCENARIO DI FINANZIAMENTO DEL SISTEMA SANITARIO REGIONALE

1.1. IL QUADRO GENERALE DI FINANZIAMENTO PER L'ANNO 2014

Ai fini della definizione del quadro di sistema e delle fonti di finanziamento per l'anno 2014 si è ritenuto, pur in assenza di un quadro normativo di riferimento definitivo, di procedere ad una quantificazione delle risorse per garantire il processo di programmazione delle attività della gestione socio-sanitaria.

La quantificazione delle risorse destinabili al finanziamento del S.S.R. del 2014, effettuata nel rispetto delle tempistiche previste dall'approvazione della manovra finanziaria regionale (legge di bilancio), si è basata sostanzialmente su quanto previsto dalla Legge di stabilità 2013 (L.228/2012). Inoltre la nota di aggiornamento al Documento di economia e finanza per il 2013, approvato lo scorso settembre, ha previsto un incremento della spesa sanitaria dell'1,7% per l'esercizio 2014.

Dalle fonti sopra citate è derivata una quantificazione delle risorse per il finanziamento del servizio sanitario regionale per il 2014 che ha determinato in euro **17.395** milioni la quota del FSR indistinto, comprensivo delle risorse destinate al riconoscimento delle prestazioni per cittadini di altre regioni e in euro **280** milioni la quota del finanziamento per spese vincolate, per un totale di euro **17.675** milioni.

Tali importi trovano corrispondenza nel Bilancio di previsione regionale per l'esercizio 2014, come definito nella proposta di progetto di legge approvata dalla Giunta lo scorso 31 ottobre e licenziata dalla Commissione Bilancio in data 2 dicembre 2013.

È da precisare infine che il riparto del finanziamento del SSR avverrà sulla base di quanto stabilito dal Decreto Legislativo 68/2011 definendo un Fabbisogno calcolato sulla base dei criteri a costi standard.

Nella seguente tabella sono individuati i finanziamenti per i diversi livelli di assistenza:

Livello essenziale di assistenza	Risorse disponibili	Incidenza programmata
1 – Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	945	5,50%
2 – Assistenza distrettuale	8.763	fino al 51,00%
3 – Assistenza ospedaliera	7.475	fino al 43,50%
TOTALE	17.183	100,00%
Saldo di mobilità attiva per cittadini fuori regione	492	
TOTALE COMPLESSIVO	17.675	

A completamento del quadro di riferimento è d'obbligo precisare che:

- L'accesso alle risorse definite da parte della Regione Lombardia è sottoposto a verifica, a legislazione vigente, nelle modalità già riportate nella DGR n. 937/2010, ed è relativo a circa il 3% del finanziamento complessivo, che per Regione Lombardia vale circa 530 milioni di euro.
- I percorsi di approvazione dei bilanci delle aziende sanitarie, della gestione sanitaria accentrata e del consolidato regionale avverranno sulla base di quanto disposto dal DLgs n. 118/2011.

FINANZIAMENTO DEL SISTEMA

Le risorse del FSR corrente 2014 da destinare, con successivi provvedimenti della Giunta Regionale e delle Direzioni Generali competenti, sono definite nei seguenti importi:

- 1.721ml/E per il finanziamento dell'Assistenza socio-sanitaria integrata, comprese le spese dirette regionali;
- 73,8 ml/E per il finanziamento dell'ARPA (Agenzia Regionale per la Protezione dell'Ambiente);
- 11,4 ml/ E per il finanziamento dell'ARCA (Agenzia Regionale Centrale Acquisti);
- 15.868,8 ml/E per il finanziamento della Gestione Sanitaria.

FINANZIAMENTO DELLA GESTIONE SANITARIA

Le risorse da destinare al finanziamento, di interventi diretti regionali e di altre voci di spesa specifiche governate a livello regionale e da destinare al finanziamento dei costi standard per le Aziende sanitarie, ammontano a 15.868,8 milioni di euro.

RISORSE PER INTERVENTI DIRETTI REGIONALI per un totale pari a 1.676,3 milioni di euro:

- fino a **278,3** milioni di Euro per far fronte alle spese dirette regionali 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;
- fino a **897** 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; sono comprese le funzioni non tariffate per presidio servizi territoriali, per il trattamento di pazienti anziani in area metropolitana e ad alta densità abitativa;
- fino a **9** milioni di euro per contributi a favore dei soggetti erogatori individuati dalla legge regionale 6 agosto 2009, n. 18, sono rideterminati come disposto dalla DGR n. 3976/2012;
- **492** milioni di Euro relativamente al saldo di mobilità calcolato in via previsionale in attesa dei provvedimenti nazionali di riparto delle risorse per l'anno 2014. Tale valore si riferisce alla 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) come da matrice approvata dal Gruppo Tecnico interregionale della mobilità sanitaria del 5 novembre 2013. La contabilizzazione avverrà a livello di

sistema attraverso la registrazione delle relative movimentazioni sulla gestione accentrata regionale;

- in continuità con quanto previsto dalla DGR n. IX/3976/2012 anche per il 2014 non sarà emanato il bando per i 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.

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 **14.192,50** milioni di euro da ripartire tra 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 2014, 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, attività subacute e attività ai sensi dell'art. 15 comma 13 lettera C) bis della l. 135/2012.
Si determina un totale di 7.535,20 milioni di euro così composto: ricoveri euro 5.277 milioni, specialistica ambulatoriale euro 2.200,20 milioni, attività subacute euro 43 milioni e attività ai sensi dell'art. 15 comma 13 lettera C) bis della l. 135/2012 per euro 15 milioni relativamente alle reti sanitarie ODCP. Il valore dei ricoveri è comprensivo delle risorse di cui alla legge regionale 7/2010 che per l'anno 2014 ammontano a 199,3 milioni di €, di cui 62,3 milioni di € per i soggetti privati. Alle risorse destinate ai privati è stata applicata la riduzione dell'1% rispetto allo stanziamento 2013.
 2. Macroarea delle prestazioni di assistenza farmaceutica, medicina di base, psichiatria e neuropsichiatria infantile per un totale di 4.063,30 milioni di euro:
 - a. fino a 2.743,3 milioni di euro viene definito il tetto regionale complessivo per la spesa farmaceutica territoriale e ospedaliera. Per il 2014 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 netto degli importi corrisposti dal cittadino per l'acquisto di farmaci ad un prezzo diverso dal prezzo massimo di rimborso stabilito dall'AIFA in base a quanto previsto dall'articolo 11, comma 9, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, e al lordo 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 11,35 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 e aggiornata dall'articolo 15 comma 4 della legge n. 135/2012, non può superare la misura percentuale del 3,5 per cento del finanziamento. Gli obiettivi specifici alle singole ASL e alle Aziende Ospedaliere saranno determinati contestualmente agli obiettivi economici;

- b. fino a 885 milioni di euro per le attività di medicina territoriale di base, compresi i progetti per ambulatori al sabato;
 - c. fino a 435 milioni di Euro per Prestazioni relative all'assistenza psichiatrica e di neuropsichiatria infantile.
3. Macroarea progetti Piano Sanitario nazionale e vincolate:
- a. fino a 280 milioni di € da destinare a piani regionali, alla ricerca, ECM, formazione e ai progetti obiettivo di interesse nazionale e regionale, in relazione al contenuto del Patto della Salute tra Stato e Regioni in corso di approvazione.
4. Macroarea delle risorse per l'attuazione degli obiettivi di PSSR:
Fino 753 milioni di Euro :
- a. per dare attuazione agli obiettivi PSSR e l'implementazione dei percorsi ospedale territorio fino a 523 milioni di euro, comprese le risorse per l'attuazione dei CREG;
 - 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.
5. Macroarea delle attività istituzionali delle ASL.
Fino a 1.123 milioni di Euro da destinare alle attività dei Dipartimenti Veterinari, Prevenzione, Pac, e altre attività territoriali compresa la penitenziaria da assegnare alle Aziende Ospedaliere e IRCCS secondo competenza.
6. Macroarea EE.UU.
Fino a 228 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, al trasporto organi oltre ai costi di gestione per il servizio emergenza NUE 112- Numero Unico Europeo.
7. Altre attività
Fino a 210 milioni di Euro da destinare:
- a. Al finanziamento 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;
 - b. Al completamento all'attivazione di nuovi ospedali fino a 50 milioni di euro, da assegnare in relazione ai maggiori oneri di gestione;
 - c. Al fondo di riserva in relazione alla definizione del quadro normativo di riferimento e all'applicazione delle norme specifiche di settore fino a 10 milioni di euro.

Il finanziamento di parte corrente 2014 sarà assegnato ad ogni singola Azienda Sanitaria con atto del Direttore Generale Salute, sentiti il Direttore Generale Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato (per le sole ASL) e il Direttore Centrale Programmazione Integrata per le sole verifiche di coerenza con le risorse appostate a Bilancio, tenuto fermo, per tutte le Aziende, l'obiettivo dell'equilibrio economico finanziario sulla base delle risorse assegnate dalla Regione e delle entrate proprie aziendali.

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

INDICAZIONI SPECIFICHE PER LE AZIENDE DEL SISTEMA SANITARIO REGIONALE

Razionalizzazione della spesa ed efficientamento del Sistema

In applicazione delle norme previste per il contenimento della spesa (Spending Review) dei diversi comparti: dispositivi medici, farmaci, beni e servizi non sanitari, Regione Lombardia ha effettuato a partire dal 2012 una serie di percorsi e interventi tesi alla razionalizzazione della spesa. In particolare centralizzando l'acquisto in materia di farmaci e dispositivi medici a livello di Centrale Regionale Acquisti e Consorzi e fornendo alle aziende sanitarie attraverso gli osservatori dati storici sulla spesa che hanno garantito la possibilità di effettuare confronti sulle maggiori voci di costo. Tale percorso proseguirà anche nell'esercizio 2014 con un ulteriore miglioramento delle sinergie tra Centrale regionale e Consorzi nel raccordo delle procedure di acquisto nonché ampliando i benchmarking a livello nazionale. Inoltre si sottolinea, il posizionamento raggiunto da RL nel rispetto dei tempi di pagamento verso i fornitori, da valorizzare come ulteriore leva per il miglioramento della capacità negoziale/contrattuale atta a migliorare la capacità spesa.

Per quanto detto, oltre a precisare che le specifiche indicazioni e regolamentazioni in materia di acquisti sono riportate nelle apposite sezioni all'interno del presente atto, si precisa che gli obiettivi economici delle singole aziende Ospedaliere e Irccs verranno declinati a partire dai dati derivanti dalla Prechiusura di cui alla Rendicontazione trimestrale relativa al III° trimestre 2013 che rappresenta un reale preconsuntivo. L'assegnazione degli obiettivi economici terrà conto:

1. del diverso posizionamento delle singole aziende rispetto all'andamento dei costi dell'aggregato beni e servizi e altri costi al netto dei farmaci file F e doppio canale degli anni precedenti operando una riduzione media complessiva minima pari al 1,8% fino ad un massimo del 2,5%;
2. della minore erogazione di prestazioni di ricovero e ambulatoriale rispetto all'andamento della produzione lorda dell'ultimo biennio rapportata alle regole vigenti; verranno operate riduzioni dei costi per beni e servizi e altri costi nella misura pari al 25% della minore produzione. Saranno escluse dall'applicazione della presente regola le aziende la cui diminuzione di produzione è dovuta a motivazioni di carattere straordinario. Tale criterio potrà essere applicato anche sulla base delle verifiche dell'andamento della produzione e della spesa in sede di rendicontazione trimestrale.
3. Eventuali ulteriori riduzioni saranno valutate in base al posizionamento specifico per garantire l'equilibrio economico e finanziario aziendale e di sistema.

Ai fini della determinazione degli obiettivi economici verrà definito nei decreti di assegnazione il livello dei costi evidenziando il criterio applicato a ciascuna azienda tra quelli sopra delineati.

Per le Aziende sanitarie locali l'assegnazione degli obiettivi economici terrà conto di una riduzione alla voce beni e servizi (escluse le prestazioni sanitarie) e altri costi pari al 2,5% rispetto alla prechiusura 2013, di cui al III ° CET, tenuto conto del posizionamento rispetto al consuntivo 2012, e delle regole di sistema 2013 al netto degli utilizzi di contributi.

Gli incrementi di spesa di cui all'art. 40 del decreto legge 6 luglio 2011 n.98 convertito in legge 15 luglio 2011 n. 111 in materia di IVA e le eventuali sopravvenienze passive devono essere assorbiti all'interno dell'equilibrio di bilancio.

A parziale modifica di quanto introdotto dalla DGR IX/4228 del 25/10/2012 si precisa che a partire dall'esercizio 2013 il gettito delle Entrate Proprie aziendali deve essere interamente destinato al

mantenimento dell'equilibrio economico finanziario e non destinato ad accantonamenti per oneri e spese future e che i Proventi Straordinari devono prioritariamente garantire la copertura di eventuali oneri straordinari e solo la eventuale parte eccedente può essere destinata ed utilizzata secondo le modalità previste dalla sopracitata DGR.

Sempre ai fini dell'equilibrio economico/finanziario aziendale e di sistema, eventuali decrementi del livello delle entrate proprie rispetto a quanto preventivato dovrà essere garantito operando una pari riduzione sul livello dei costi aziendali.

L'obiettivo economico delle aziende sanitarie consiste nel mantenimento/miglioramento dell'equilibrio economico finanziario basato su un coerente rapporto tra gli effettivi ricavi e i costi aziendali, con particolare riferimento ai costi dei fattori produttivi a gestione diretta. Si sottolinea la responsabilità gestionale affidata ai direttori generali che sono tenuti a perseguire obiettivi di equilibrio non solo di breve periodo ma soprattutto strutturale delle loro aziende.

FARMACEUTICA E PROTESICA

Farmaceutica territoriale

In materia di disposizioni nazionali di governo della spesa sanitaria per il settore farmaceutico si richiama l'articolo 15, commi 1, 2 e 3 della legge 7 agosto 2012 n.135.

Alla luce di quanto disposto a livello nazionale, in attesa del nuovo metodo di remunerazione della filiera distributiva che dovrebbe essere approvato entro il 31.12.2013 ai sensi di quanto disposto dall'articolo 15 comma 2 della legge n. 135/2012 e ss.sm.ii, per l'anno 2014 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 2013. L'eventuale risparmio rispetto all'obiettivo definito nei decreti di assegnazione 2014 sarà da considerarsi indisponibile per le aziende in quanto vincolato alle necessità complessive del sistema secondo le indicazioni della DG Salute.

Farmaceutica ospedaliera

Per quanto riguarda le disposizioni nazionali in materia di spesa farmaceutica ospedaliera, si richiama l'articolo 15 c. 4 della legge 7 agosto 2012 n.135.

All'interno dell'attuale quadro normativo nazionale e nei limiti della complessiva compatibilità di sistema e del rispetto del nuovo tetto complessivo del 3,5% 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, 14, 16 e 18), considerati i bisogni assistenziali sia in termini di incidenza epidemiologica che di scelta terapeutica appropriata, per l'anno 2014 sono assegnate risorse pari all'importo sostenuto nell'anno 2013, con un incremento massimo di sistema fino all'8% 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.

Si conferma, anche per l'anno 2014, quanto disposto dalla DGR n. 4334/2012 che ha stabilito il superamento della previsione, contenuta nella dgr IX/2633/2011, del tetto per singolo soggetto erogatore di incremento massimo per il file F rispetto a quanto finanziato, e pertanto si conferma anche per l'anno 2014 il tetto di sistema regionale, il cui eventuale superamento verrà ripartito tra tutti i soggetti erogatori.

Inoltre richiamato quanto disposto dall'articolo 15 comma 10 della Legge n. 135/2012, si conferma come obiettivo prioritario per l'anno 2014 la corretta rendicontazione in File F (tipologia 15) della nota di credito/rimborso alla struttura erogatrice dei rimborsi di risk-sharing.

Protesica e assistenza integrativa

In materia di assistenza protesica e integrativa, per l'anno 2014 verrà definito l'obiettivo per ogni ASL, tenendo conto dell'effetto della DRG n. 888/2013 e delle manovre di contenimento che le ASL hanno messo in campo nel corso del 2013 oltre alle attivazioni di procedure pubbliche di acquisto aggregate svolte dalle stesse ai sensi di quanto richiesto nelle Regole SSR 2013.

AREA BILANCI

Le linee operative per il finanziamento delle aziende sanitarie per l'anno 2014 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 Salute e della Direzione Generale Famiglia, Solidarietà sociale e Volontariato.

Ai sensi della normativa vigente il bilancio preventivo deve garantire l'equilibrio economico finanziario. Il Bilancio preventivo 2014, esecutivo, diviene l'obiettivo aziendale da perseguire sia in termini di risultato economico che per l'aspetto programmatico, in quanto attuativo delle linee di indirizzo definite.

I Bilanci preventivi economici anno 2014 dovranno essere approvati in base alle disposizioni del D.lgs. 118/2011 e in relazione ai contenuti del presente atto e delle linee di indirizzo operative conseguenti nonché degli obiettivi economici assegnati. Verrà definita con specifica circolare la tempistica e le modalità di invio per l'approvazione da parte della Giunta Regionale.

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), sulla base delle regole previste dal presente provvedimento.

Pertanto nei decreti di assegnazione delle risorse per l'anno 2014 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 relazione ai canoni di disponibilità e servizi dei nuovi ospedali attivati nel 2010, si precisa che, anche per l'anno 2014, 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.

Ad integrazione delle regole degli anni precedenti si precisa che:

Utilizzi Contributi anni precedenti: tali contributi dovranno essere appostati a bilancio previa verifica ed autorizzazione regionale secondo le modalità che verranno definite nella circolare attuativa delle regole di sistema.

Intercompany: è richiesto il pieno allineamento dei ricavi/costi e crediti/debiti anno 2014 per le poste intercompany tra aziende sanitarie come da sistema informativo regionale secondo le modalità che verranno definite nella circolare attuativa delle regole di sistema.

Certificazioni Trimestrali

I Direttori Generali delle Aziende sanitarie, in occasione delle certificazioni trimestrali ai sensi della l.r. n. 33/2009, nonché dell'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005 e s.m.i., sono tenuti a rispettare puntualmente i tempi di invio e ad attenersi scrupolosamente alle linee guida in materia contabile che verranno emanate dalle Direzioni Generali Salute e Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato.

In sede di monitoraggio trimestrale le Aziende sanitarie sono tenute al rispetto del vincolo inderogabile definito dai valori appostati a Bilancio Preventivo.

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

Armonizzazione dei sistemi contabili regionali in attuazione del D.lgs. 118/2011

In attuazione del "Decreto Legislativo n. 118 del 2011" recante le disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni e dei loro Enti del SSR e del "Decreto del Ministero della Salute del 17 settembre 2013" recante le disposizioni sulla casistica applicativa e l'obbligo della certificabilità dei dati è necessario precisare che nel corso dell'esercizio 2014 saranno recepite indicazioni relative a:

1. monitoraggio delle poste di ricavi/costi e crediti/debiti rispetto alle scritture regionali come da sistema informativo regionale e da indirizzi regionali in attuazione alle disposizioni del D.lgs. 118/2011 e successive modificazioni inerenti la Gestione Sanitaria Accentrata;
2. attuazione delle disposizioni previste dagli ulteriori decreti e della casistica applicativa del D.lgs. 118/2011 in corso di approvazione da parte del Ministero.

Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) dei Bilanci in attuazione del D.M.S. 01/03/2013

In attuazione del "Decreto del Ministero della Salute del 1 marzo 2013" recante le disposizioni sulla definizione del Percorsi Attuativi della Certificabilità (PAC) con cui le Regioni presentano un programma di azione finalizzato al raggiungimento degli standard organizzativi, contabili e procedurali necessari a garantire la certificabilità dei dati e dei bilanci degli enti del proprio sistema sanitario è necessario precisare che:

1. il percorso di certificabilità ha un orizzonte temporale di 36 mesi, a decorrere dalla data di approvazione da parte del Tavolo di verifica Adempimenti in occasione delle verifiche periodiche, ed è articolato su circa 53 obiettivi, a loro volta suddivisi in 9 aree tematiche di intervento (Requisiti Generali, GSA, Consolidato Regionale, Immobilizzazioni, Rimanenze, Ricavi e Crediti, Tesoreria, Patrimonio Netto, Debiti e Costi);
2. con Nota regionale prot. n. H1.2013.0017945 del 18/06/2013 è stato individuato il percorso attuativo della certificabilità dei bilanci delle Aziende Sanitarie lombarde informando le stesse circa le modalità e il percorso di definizione del *PAC aziendale*;
3. con Nota regionale prot. n. H1.2013.0018988 del 26/06/2013 la Regione ha inviato al Ministero dell'Economia e delle Finanze e al Ministero della Salute il piano regionale dei Percorsi Attuativi della Certificabilità (*PAC regionale*) che rappresenta l'insieme di azioni che sono e/o saranno poste in essere da ciascuna azienda del sistema sanitario lombardo per il conseguimento degli obiettivi definiti dal Decreto Ministeriale. Alla Regione, oltre alla responsabilità della definizione del Percorso Attuativo della Certificabilità in termini di identificazione delle azioni, è demandata la responsabilità del completamento del progetto oltre che il coordinamento ed il monitoraggio dello svolgimento delle azioni da parte delle diverse aziende;
4. con Decreto n. 8587 del 26 Settembre 2013 è stato istituito il Gruppo di Lavoro PAC, che ha definito lo svolgimento di una ricognizione, su ciascuna Azienda Sanitaria lombarda, dello

stato di attuazione delle procedure amministrativo-contabili al fine di redigere per ciascuna Azienda uno specifico Piano Attuativo della Certificabilità (*PAC aziendali*).

Nel corso dell'esercizio 2014 saranno recepite indicazioni relative *all'approvazione* dei PAC aziendali, in relazione a tali atti la Regione impegnerà le Aziende, attraverso una ricognizione dello stato di attuazione delle procedure amministrativo-contabili, nella redazione e approvazione di uno specifico Piano Attuativo della Certificabilità discusso e ratificato dalla DG Salute della Regione Lombardia.

Il PAC aziendale partirà quindi dagli obiettivi e dalle azioni comunicate al Ministero, e verrà declinato in una serie di "sotto azioni" specifiche. Esso rappresenterà pertanto l'impegno che ciascuna Azienda assumerà con Regione Lombardia per raggiungere la certificabilità dei propri bilanci.

La Direzione Generale Salute di Regione Lombardia, anche attraverso specifici incontri con le aziende, predisporrà dei piani di lavoro per ogni singola azienda in cui saranno declinate le sotto azioni che permetteranno il raggiungimento degli obiettivi del PAC regionale.

Tali sotto-azioni terranno conto per ciascuna azienda:

- 1) delle peculiarità operative;
- 2) del livello di definizione delle procedure amministrative, contabili e organizzative.

Inoltre nell'ambito degli stessi incontri Regione Lombardia renderà disponibili apposite Linee Guida a supporto della realizzazione delle azioni.

Ciascuna azienda dovrà indicare, nel proprio Piano di Lavoro, la scadenza del raggiungimento dell'obiettivo di ciascun sotto azione nel rispetto delle tempistiche massime comunicate al Ministero.

Si demanda a successivi specifici provvedimenti per ulteriori sviluppi del Percorso Attuativo della Certificabilità.

AREA GESTIONE FINANZIARIA

Trasferimenti FSR indistinto da Regione

Gli acconti mensili verso le Aziende Sanitarie Locali saranno commisurati al reale fabbisogno del proprio territorio e saranno calcolati al netto degli acquisti di beni e servizi a gestione centralizzata (propri e delle Aziende di appartenenza territoriale) e considerando il saldo di mobilità intra ed extraregionale quantificato in via presuntiva sulla base dei dati ultimi validati da R.L., con riserva di conguaglio.

Gli acconti mensili verso A.O. e Fondazioni IRCCS saranno erogati da Regione nei limiti degli importi attribuiti a ciascuna Azienda con i decreti di assegnazione dei finanziamenti di parte corrente dell'esercizio.

I saldi saranno erogati a seguito della definitiva determinazione delle risorse destinate alle funzioni non tariffate, ovvero ad avvenuta rendicontazione delle attività relative ai progetti finanziati con risorse del FSR corrente.

Ai fini della corretta rappresentazione del fabbisogno di cassa delle aziende sanitarie e del sistema e dell'allineamento tra le posizioni debitorie e creditorie tra aziende e regione, relativamente all'esercizio 2014 verranno definite per l'approvazione del bilancio preventivo ulteriori ed idonee procedure e documentazione nel rispetto del disposto del Decreto Legislativo 118/2011.

Trasferimenti di cassa tra ASL ed erogatori di appartenenza territoriale

Le Aziende Sanitarie Locali sono chiamate a governare i flussi di cassa verso i propri erogatori regolando le rimesse mensili nei limiti del valore contrattato e sulla base di un monitoraggio periodico della reale produzione del singolo erogatore.

- ***Trasferimenti verso erogatori pubblici***

Ai fini di un puntuale monitoraggio delle partite creditorie/debitorie e nel rispetto delle previsioni normative dettate dal Dlgs 118/2011, saranno demandate ad apposite circolari le regole di fatturazione tra ASL ed erogatori di appartenenza territoriale.

Restano confermate, anche per l'esercizio 2014, le percentuali da garantire nelle erogazioni mensili, in particolare, con riferimento agli erogatori pubblici sarà necessario:

- garantire rimesse mensili non inferiori all'85% del valore delle prestazioni sanitarie soggette a contratto/convenzione comprese le maggiorazioni tariffarie ex L.R. n. 7/2010 calcolate in un'entità pari all'85% dell'ultima validazione formale, in attesa delle determinazioni per l'esercizio di competenza;
- assicurare le rimesse con tempistiche che ragionevolmente consentano il rispetto delle scadenze maggiormente onerose (stipendi), allo scopo di evitare, il ricorso alle anticipazioni di tesoreria da parte dell'Azienda creditrice;
- regolare i saldi infrannuali non oltre il mese successivo alla scadenze pattuite nei contratti/convenzioni (trimestre e/o semestre);
- regolare i saldi a seguito dell'assegnazione definitiva entro 60 giorni dalla validazione regionale, compatibilmente con l'espletamento dei controlli di competenza, fatto salvo contenzioso comprovato.

- ***Trasferimenti verso erogatori privati***

Con riferimento alle erogazioni mensili verso gli erogatori privati di appartenenza territoriale sarà necessario:

- garantire rimesse mensili non inferiori all'85% del valore delle prestazioni sanitarie soggette a contratto/convenzione comprese le maggiorazioni tariffarie ex L.R. n. 7/2010 calcolate in un'entità pari all'85% dell'ultima validazione formale, in attesa delle determinazioni per l'esercizio di competenza. In relazione alle funzioni la percentuale dell'85% dovrà tenere conto delle rimodulazioni derivanti dal presente provvedimento.
- Dagli acconti per funzioni non tariffate sono esclusi gli IRCCS privati, gestiti direttamente da D.G. Salute, che pertanto sono oggetto di specifica rendicontazione nella GSA;
- regolare i saldi infrannuali non oltre il mese successivo alla scadenze pattuite (trimestre e/o semestre);
- regolare i saldi a seguito dell'assegnazione definitiva entro 60 giorni dalla validazione regionale, compatibilmente con l'espletamento dei controlli di competenza, fatto salvo contenzioso comprovato.

Pagamenti verso fornitori

La gestione dei pagamenti verso i fornitori deve garantire il rispetto delle scadenze delle fatture (30/60 giorni, fatto salvo i contratti vigenti con altre tempistiche).

Permane l'obbligatorietà della dichiarazione mensile del Direttore Generale (scadenza giorno 10 di ogni mese) circa il rispetto dei tempi di pagamento dei fornitori come normati dal D. Lgs 9 novembre 2012, n. 192 "Modifiche al decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231, per l'integrale recepimento della direttiva 2011/7/UE relativa alla lotta contro i ritardi di pagamento nelle transazioni commerciali, a norma dell'articolo 10, comma 1, della legge 11 novembre 2011, n. 180 e nel rispetto del DL.35/2013.

Permane altresì l'obbligo di adempiere ai debiti informativi finanziari mensili e trimestrali (Budget di Cassa e schede correlate), nel rispetto della qualità e della tempistica.

Gestione centralizzata

Per una corretta rappresentazione e gestione dei pagamenti, attraverso il sistema G3S le aziende sono tenute ad una verifica puntuale del pieno allineamento tra i dati inviati al sistema centralizzato e quanto derivante dai sistemi contabili aziendali. Inoltre è necessaria una tempestiva regolarizzazione (compensazioni) dei pagamenti effettuati con la asl di appartenenza nei limiti contrattualizzati nel rispetto della competenza economica, con cadenza mensile.

Le procedure sopra delineate consentiranno una migliore gestione delle risorse finanziarie sia a livello aziendale che di sistema ai fini di garantire un utilizzo ottimale delle risorse disponibili e di dare continuità al rispetto dei tempi di pagamento nei termini di legge.

Anticipazioni di tesoreria

Ai fini dell'azzeramento degli oneri finanziari per ricorso ad anticipazioni di tesoreria, qualora si manifestassero esigenze straordinarie di cassa, oltre i limiti dei finanziamenti assegnati per importi elevati e per periodi continuativi, l'Azienda dovrà inoltrare apposita e motivata comunicazione preventiva agli uffici competenti della D.G. Salute.

Stranieri STP

Ai fini di ottimizzare le procedure e le regolarizzazioni debitorie e creditorie tra aziende e verso la Regione, per le prestazioni erogate a favore di cittadini stranieri irregolari (onere 9) i cui rimborsi sono a carico delle Prefetture, sono integralmente confermate le disposizioni di cui alla DGR 3976/2012.

Contenzioso

Proseguirà nel 2014 il monitoraggio delle fatture in contenzioso. A tale proposito si rammenta che nel sistema "G3S" saranno inseriti appositi parametri per consentire di individuare le fatture oggetto di contestazioni con i fornitori, anche ai fini del calcolo dei tempi di pagamento.

ALTRE DISPOSIZIONI

Conto Giudiziale

Ai sensi del R.D. 827/1924, articolo 611, tutti gli agenti dell'amministrazione che sono incaricati delle riscossioni e dei pagamenti, o che ricevono somme dovute allo Stato, o altre delle quali lo stato medesimo diventa debitore o hanno maneggio qualsiasi di pubblico denaro, ovvero debito di materie devono rendere ogni anno alla Corte dei conti il conto giudiziale della loro gestione. Sia la Corte di cassazione, sia la Corte dei conti hanno ritenuto applicabili agli agenti contabili regionali la normativa sugli agenti contabili dello Stato. Gli obblighi di resa del conto sono stati di recente richiamati dalla Sezione giurisdizionale per la Lombardia della Corte dei Conti.

A partire dall'esercizio 2014 le aziende sanitarie, aziende ospedaliere ed IRCCS dovranno procedere alla individuazione degli agenti contabili sulla base della propria organizzazione, ovvero di persone fisiche o giuridiche che per contratto o per compiti di servizio inerenti al rapporto di lavoro, sono incaricati della custodia di beni mobili o del maneggio di denaro o valori dell'azienda/ente. Tali soggetti sono tenuti alla resa del conto giudiziale alla Corte dei Conti. Ai fini della individuazione dei documenti che costituiscono il conto giudiziale e delle figure identificabili come agenti contabili verranno emanate apposite linee guida in corso di definizione atte a regolamentare le modalità di individuazione all'interno della complessa ed articolata organizzazione delle aziende ed enti sanitari sulla base delle vigenti disposizioni legislative. Il percorso all'interno delle aziende sanitarie verrà prioritariamente e gradualmente introdotto per le figure di agente contabile più rilevanti.

Fermo Amministrativo

Con la Dgr n. IX/ 4231 del 25/10/2012 avente per oggetto: "DETERMINAZIONE IN MERITO ALLA REMUNERAZIONE DI ALCUNE FUNZIONI NON COPERTE DA TARIFFE PREDEFINITE VOLTE DALLE AZIENDE ED ENTI SANITARI PUBBLICI E PRIVATI ACCREDITATI PER L'ANNO 2011" è stato introdotto un fermo amministrativo finalizzato a rafforzare potenziali ragioni di credito discendenti da erogazioni da effettuare in relazione alla funzione di complessità dell'assistenza riabilitativa che la Procura della Repubblica di Milano ritiene incise da condotte illecite. Considerato che dall'esercizio 2012 il regime di remunerazione di detta funzione è stato sensibilmente modificato e che, pertanto, sono venute meno quelle specifiche ragioni di tutela che legittimavano il ricorso all'istituto del fermo amministrativo e che in relazione ai finanziamenti già erogati, le strutture interessate sono titolari di rapporti negoziali con il SSR da cui discendono finanziamenti complessivi più che idonei a soddisfare, in via di compensazione, eventuali crediti di natura risarcitoria che dovessero maturare in esito al procedimento penale in corso.

Per quanto precisato si dispone che il fermo amministrativo introdotto con la DGR n. IX/ 4231 del 25/10/2012 non trova più applicazione a partire dall'esercizio 2013 in relazione all'approvazione della DGR n. X/824 del 25/10/2013 "Determinazione in merito alla remunerazione di alcune funzioni non coperte da tariffe predefinite svolte dalle aziende ed enti sanitari pubblici e privati accreditati per l'anno 2012 ed ulteriori determinazioni relativamente al finanziamento delle attività sanitarie".

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 2013 e si dà mandato alla Direzione Generale Salute e alla Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato di promuovere i conseguenti atti ai fini della fattiva applicazione degli stessi.

Obiettivi e confermabilità dell'incarico dei Direttori Generali

Si richiama il contenuto dell'art. 3, comma 8, dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 e si ribadisce che, ai fini della confermabilità dell'incarico del Direttore Generale di ASL, Aziende Ospedaliere e Fondazioni IRCCS, verrà valutato 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 D.G.R. 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.

Le prestazioni erogate sono puntualmente verificate attraverso i flussi informativi in essere e le risorse ad essi destinate non sono poste a carico del Fondo Sanitario Nazionale e trovano copertura nell'equilibrio complessivo del Servizio Sanitario Regionale.

2. IL LIVELLO PROGRAMMATARIO DEL SISTEMA SANITARIO REGIONALE

2.1. IL GOVERNO DELLA PREVENZIONE

2.1.1. PREVENZIONE E TUTELA SANITARIA

La prevenzione si differenzia da tutte le altre discipline mediche in quanto si rivolge non solo alle singole persone ma anche alle comunità.

Ha molteplici ambiti di intervento: dalla prevenzione delle malattie infettive, anche attraverso le vaccinazioni, alla prevenzione dei tumori attraverso gli screening; dalla sicurezza degli alimenti e dell'acqua potabile alla sicurezza e salute nei luoghi di lavoro; dalla promozione di stili di vita e ambienti favorevoli alla salute al contenimento delle ricadute sulla salute delle problematiche ambientali, ecc.

Per questo è anche trasversale a diverse aree e competenze sia di tipo sanitario, che non sanitario quali la scuola, le attività produttive, il territorio e l'ambiente, lo sport, ecc.

I risultati delle azioni di prevenzione si vedono a lungo termine, ma la possibilità che un sistema sanitario complesso e costoso possa, nel tempo, venire alleggerito è strettamente legato agli investimenti sulla prevenzione.

In tale ottica il ruolo di programmazione regionale in materia di prevenzione e tutela sanitaria è indirizzato a sostenere e promuovere azioni che fanno riferimento ai principi di: semplificazione per il cittadino, per le imprese e per il sistema stesso; responsabilità sostenendo la scelta consapevole e praticabile dei cittadini per la propria e altrui salute; evidenza scientifica di efficacia delle azioni da attuare; integrazione e intersectorialità, sostenendo un metodo di lavoro basato su obiettivi condivisi tra enti, istituzioni, associazioni differenti senza preclusioni preconette; sostenibilità, avviando azioni che possono durare nel tempo anche in condizioni di risorse limitate.

Tali indirizzi sono fatti propri negli obiettivi del Programma Regionale di Sviluppo (PRS), dal Piano Regionale della Prevenzione attualmente in vigore (DGR IX/1175 del 29 dicembre 2010 "Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012" e la DGR X/199 del 31 maggio 2013 "Aggiornamento del Piano Regionale Prevenzione (PRP) 2010-2012 con riprogrammazione dell'annualità 2013 in coerenza con le indicazioni di cui all'Accordo Stato-Regioni del 07.02.2013"), negli atti di indirizzo di settore e con le regole di sistema.

Il 2014 rappresenta altresì l'ultimo anno di preparazione all'evento EXPO.

Il PRS elenca i risultati attesi, afferenti all'area "garanzia dei LEA", tra cui, quelli riconducibili all'area della Prevenzione sono:

- Programmazione e sostegno di iniziative di prevenzione e di promozione della salute in ogni fascia d'età ed in ogni ambiente di vita e di lavoro.
- Miglioramento della qualità dei programmi di screening oncologici di provata efficacia.
- Sostegno e coordinamento dell'attività di controllo per la tutela e la sicurezza del lavoratore, del consumatore, del cittadino.
- Gestione sanitaria dell'evento EXPO con particolare attenzione alla sicurezza dei cittadini, dei lavoratori e alla tutela dei partecipanti.

Alla realizzazione dei risultati attesi dal PRS concorrono sia le azioni centrali (atti di indirizzo e sistema informativo della prevenzione) che quelle in capo alle strutture aziendali del territorio così come descritte negli specifici paragrafi che seguono.

In premessa si richiama, come negli anni precedenti, che:

- il Documento di Programmazione e coordinamento dei servizi sanitari e sociosanitari predisposto dalla ASL, declina anche gli obiettivi della prevenzione;
- le ASL predispongono, a conclusione, un report rivolto ai cittadini, contenente le principali attività di prevenzione attuate nell'anno, con evidenza dei risultati raggiunti anche in termini di guadagno di salute;
- sarà definito il Piano triennale dei controlli e di interventi finalizzati alla complessiva prevenzione, tutela della salute e sicurezza dei cittadini, in considerazione anche della realizzazione dell'evento EXPO, fermo restando eventuali successive integrazioni /adeguamenti alla luce di specifici indirizzi regionali in materia.

Il vincolo ad utilizzare per tutte le attività di prevenzione il 5,5% delle risorse costituisce il minimo che deve essere garantito e documentato, attraverso i flussi informativi in atto (FluPer, Controllo di gestione).

2.1.2. PREVENZIONE VETERINARIA

La Prevenzione Veterinaria svolge il proprio ruolo istituzionale nei settori della sicurezza alimentare e della sanità pubblica veterinaria a garanzia sia dei cittadini consumatori, sia del sistema produttivo agroindustriale e zootecnico lombardo.

Le strategie operative codificate con le Regole di Sistema garantiscono la coerenza con le politiche europee, nazionali e regionali.

Piano Integrato Aziendale di Prevenzione Veterinaria (PIAPV)

Nel convincimento che per raggiungere obiettivi di ampio respiro siano necessari integrazione e coordinamento tra tutti i soggetti interessati (Istituzioni, Enti pubblici e privati) è stato disposto che ogni Dipartimento di Prevenzione Veterinaria delle ASL predisponga, secondo gli orientamenti dettati dal Reg. CE n. 882/2004, il Piano Integrato Aziendale della Prevenzione Veterinaria (PIAPV). Tale documento deve individuare, in base al livello di rischio, gli obiettivi strategici aziendali in materia di sanità veterinaria e di sicurezza degli alimenti di origine animale. Accanto a questi obiettivi di natura sanitaria il Piano deve definire anche azioni concrete a supporto delle attività economiche del settore e di sviluppo della competitività delle filiere agroalimentari nonché azioni di semplificazione degli adempimenti amministrativi. All'interno del piano dovrà essere inserito un programma di formazione del personale addetto ai controlli ufficiali.

Per garantire la sicurezza degli alimenti occorre considerare tutti gli aspetti della catena di produzione alimentare come un unico processo, in quanto ciascun elemento presenta un potenziale impatto sulla sicurezza alimentare. Il finanziamento delle attività programmate dal Dipartimento di Prevenzione Veterinaria per l'attuazione del PIAPV deve essere assicurato attraverso il ricorso alle seguenti risorse finanziarie:

- a. finanziamento delle funzioni non tariffabili;
- b. risorse introitate ai sensi del D.Lgs. 194/2008.

Ciascuna ASL elabora il Piano Integrato Aziendale della Prevenzione Veterinaria entro il 28/02/2014:

- in conformità al documento "Standard di funzionamento delle Aziende Sanitarie Locali";

- in attuazione del Piano Regionale della Prevenzione Veterinaria (PRPV);
- in conformità alle indicazioni regionali in materia di formazione.

Fondamentali per il perseguimento degli obiettivi saranno anche:

- l'aggiornamento e l'applicazione di standard operativi che rendano uniforme le modalità di controllo ufficiale, conformandole al principio di trasparenza dell'azione e dei risultati;
- il presidio, 24 ore su 24, del sistema rapido di allerta per alimenti e mangimi in modo da poter intervenire tempestivamente per impedire che alimenti e mangimi non sicuri rimangano sul mercato e possano costituire un rischio per i consumatori (Nota n. 32843 del 7.11.2011).

La verifica del raggiungimento degli obiettivi e l'attuazione del controllo ufficiale in modo uniforme dovrà essere effettuata anche mediante un piano di audit interno, finalizzato a verificare - ai sensi del Reg. (CE) 882/04 - l'appropriatezza, l'efficacia e l'efficienza dei controlli ufficiali, gestito direttamente dalle strutture complesse dipartimentali e distrettuali. È richiesta la seguente tempistica:

- predisposizione di un programma di audit interni ai DPV entro il 31/01/2014 .
- attuazione entro il 31/12/2014

2.2. IL GOVERNO DELLA RETE DI EMERGENZA

2.2.1. IL NUMERO UNICO EUROPEO DELL'EMERGENZA – 112

Nel corso dell'anno 2014 verrà ulteriormente implementato il servizio Emergenza 112 – Numero Unico Europeo che costituisce un punto cardine del Programma Attuativo Regionale del Fondo di Sviluppo e Coesione (già Fondo per le Aree Sottoutilizzate 2007-2013) configurandosi dunque come un servizio ineludibile nonché propedeutico e funzionale alla gestione del futuro evento Expo 2015.

Al fine di procedere alla implementazione del servizio verranno adottati appositi provvedimenti da parte di Regione Lombardia.

2.3. IL GOVERNO DELL'OFFERTA OSPEDALIERA

2.3.1. INTERVENTI RELATIVI A ACCREDITAMENTO, NEGOZIAZIONE E CONTRATTUALIZZAZIONE DEGLI EROGATORI

La Legge 135/2012 art.15 comma 13 lettera c) stabilisce lo standard dei posti letto accreditati ospedalieri ed effettivamente a carico del SSN ad un livello non superiore a 3,7 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie adeguando coerentemente le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici.

In attesa delle determinazioni del "Patto della Salute" anche per il 2014 si prevede di perseguire l'obiettivo di contemperare le esigenze di riduzione dell'offerta pur garantendo livelli di erogazione di prestazioni di elevata qualità in totale sicurezza.

Nel perseguimento di questo obiettivo verrà dato progressivamente un maggiore ruolo alla funzione di programmazione territoriale in capo alla ASL, affinché possa tenere conto nella definizione del quadro di offerta, di tutta la rete di erogatori disponibile sul proprio territorio, compresa quella solo accreditata. Ciò anche alla luce di una recente sentenza del Consiglio di Stato che ha evidenziato gli aspetti programmatici dell'accreditamento.

Tutto questo comporterà un sostanziale cambiamento nella modalità di assegnazione delle quote di budget, prevalentemente in ordine alle Strutture Private, sino ad oggi garantite (spending review a parte) dal blocco dei contratti e dai budget storici. In questo scenario sarà necessario assicurare da un lato pari opportunità di accesso alle strutture, ma anche, dall'altro garantire riferimenti stabili agli operatori del sistema e ai cittadini circa la rete di offerta. L'equilibrio fra queste due variabili può essere raggiunto:

- a) definendo una quota parte dei contratti, di anno in anno progressivamente crescente, che non viene assegnata su base storica ma che viene attribuita dalle ASL in funzione della propria attività programmatica e negoziale.
- b) determinando la quota parte massima di risorse che è possibile destinare a nuovi contratti, ricompresa all'interno del budget fissato al punto a).

Per il 2014 si prevede di avviare questo percorso fissando nell'8% del budget ambulatoriale destinato agli erogatori privati accreditati quanto indicato al punto a).

Si comprende pertanto quanto la riorganizzazione complessiva della rete di offerta rappresenti un punto focale della programmazione futura. Tuttavia, in attesa delle importanti riorganizzazioni della rete di offerta, il cambiamento del sistema va sorretto utilizzando al meglio i tradizionali strumenti di governo che nel tempo hanno consentito il mantenimento dell'equilibrio di sistema. In questo senso il contratto, con la relativa negoziazione tra ASL e strutture erogatrici, dovrà essere adattato al nuovo contesto in modo tale da "pilotare" il cambiamento.

I vincoli e le opportunità da considerare nei contratti 2014 sono relativamente a:

- aspetti giuridici:
 - possibilità ed opportunità di considerare tutti i soggetti accreditati e non solo quelli a contratto.
- aspetti programmatici:
 - in considerazione dei possibili cambiamenti di assetto ed organizzativi che affronterà il sistema socio sanitario regionale si ritiene che sia doveroso ed opportuno che nel 2014 il sistema sia messo in una situazione "statica". A tal fine si stabilisce di sospendere per il 2014 tutti gli accreditamenti di nuove unità operative e di nuove strutture. Fanno eccezione a questa indicazione le istanze già depositate presso la ASL entro il 31.12.2013, la possibilità di trasferire attività già accreditate e la trasformazione - a parità di numero e di budget e con la valutazione positiva delle ASL trasmessa alla D.G. Salute - delle UO di ricovero e delle branche ambulatoriali in strutture già accreditate e a contratto. La valutazione delle ASL, da trasmettere alla dg salute prima del termine previsto per la negoziazione dei contratti, dovrà contenere tutti gli elementi istruttori per dimostrare che la trasformazione prevista risponde alle esigenze del sistema ed è coerente con le indicazioni del Piano Sanitario Regionale, del Programma regionale di sviluppo (PRS), degli indirizzi di programmazione emessi dalla Regione, comprese le presenti regole di sistema e si inquadra nel documento annuale di programmazione della ASL riferito al quadro territoriale.

- vincolo economico:
 - 2% rispetto al finanziato 2011 per le strutture di diritto privato. Ciò significa un ulteriore -1% rispetto al finanziato 2013 per la specialistica ambulatoriale. Per le attività di ricovero il finanziato 2013 meno una quota fino al 10% del fatturato rilevabile per il 2013 relativamente ai 108 DRG ad elevato rischio di inappropriatelyzza di cui al patto per la salute 2010 – 2012 ed oggetto di verifica per valutare il raggiungimento da parte delle Regioni degli adempimenti previsti dal predetto patto per la salute. Si ritiene che sia infatti opportuno coniugare l'osservanza della legge 135/2012 con politiche finalizzate a disincentivare in modo mirato le prestazioni a maggiore rischio di inappropriatelyzza. Nel caso in cui questa quota riferita ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza non raggiunga almeno il valore del 1% di quanto finanziato nel 2013 al finanziato 2013 verrà sottratto il predetto 1%;
 - questi obiettivi di legge sono raggiunti complessivamente prevedendo di destinare per le attività negoziabili (ricoveri e specialistica ambulatoriale) due fondi differenti, rispettivamente per le strutture di diritto pubblico e privato.
- aspetti organizzativi e strutturali:
 - sulla base delle norme oggi vigenti (legge 135/2012) il tasso di posti letto nel suo complesso è adeguato ma risulta un eccesso relativo di circa 800 posti letto di riabilitazione ospedaliera;
 - questa riduzione dovrà avvenire tramite una conversione di posti letto in postazioni di MAC (macroattività ambulatoriali complesse) soprattutto per le attività di riabilitazione in esito di protesizzazione elettiva;
 - le attività di riabilitazione sono altresì riclassificate tenendo conto delle linee guida nazionali;
 - proseguire la riorganizzazione della rete di offerta delle alte specialità, emodinamiche, punti nascita;
 - riorganizzazione della rete dei servizi di Medicina di Laboratorio e dei SiMT.
- miglioramento dell'appropriatezza:
 - Rimodulazione dei contratti sulla base delle performance. Il 2014 sarà il terzo esercizio nel quale le risorse per le attività di ricovero e cura destinate ai soggetti erogatori contrattualizzati saranno modulate da un -2% ad un + 2% sulla base del posizionamento che le strutture stesse conseguiranno nella valutazione delle performance relativa al 2012. Gli esiti saranno resi noti in sede di negoziazione con i soggetti erogatori;
 - disposizione relative alla appropriatezza prescrittiva di alcune discipline (diagnostica per immagini, endoscopia digestiva e medicina nucleare, genetica medica);
 - governo dei tempi di attesa.
- utilizzo dei posti letto accreditati a contratto ed accreditati non a contratto:
 - se con la saturazione piena dei posti letto accreditati ed a contratto una struttura ospedaliera, per via della richiesta non governabile di ricovero proveniente da cittadini residenti in altre regioni, non è in grado di onorare il contratto per residenti lombardi stipulato con la ASL, la struttura stessa, previo accordo con la ASL, può utilizzare, nel caso in cui ne sia provvista, posti letto accreditati e non a contratto, con il solo obiettivo di poter effettuare tutte le attività necessarie a raggiungere il valore contrattualmente concordato con la ASL.

Per la definizione dei contratti 2014 per le strutture si procederà nel modo seguente:

- Assegnazione complessiva alle ASL della quota di budget (suddivisa per erogatori pubblici e privati), distintamente per i ricoveri e per la specialistica ambulatoriale, da assegnare alle strutture. Le ASL nel formulare le loro proposte contrattuali terranno conto, oltre che di tutti i vincoli già citati:
 - per le strutture di diritto pubblico: relativamente alle attività di ricovero del 100% di quanto finanziato nel 2013; relativamente alle attività di specialistica ambulatoriale del 92% di quanto finanziato nel 2013 più il 5% assegnabile dalle ASL sulla base di specifici obiettivi e il 3% assegnato con le regressioni tariffarie;

per le strutture di diritto privato: per le attività di ricovero garantire di norma a tutti gli erogatori il 99% di quanto finanziato nel 2013; per le attività ambulatoriali garantire di norma a tutti gli erogatori il 92% del 99% di quanto finanziato nel 2013;

per tutte le strutture:

- della epidemiologia del territorio di riferimento;
 - dei tempi di attesa;
 - di protocolli di valutazione della appropriatezza prescrittiva messi in atto dagli erogatori;
 - dei risultati delle attività di controllo;
 - della possibilità di tenere presente l'eventuale messa a contratto di nuovi soggetti accreditati oggi non a contratto.
- Il consolidamento per le attività ambulatoriali del 92% di quanto finanziato nel 2013 origina dalla necessità prioritaria di mantenere una quota significativa di risorse per risolvere eventuali problemi di ordine epidemiologico (eccesso o difetto di consumi per determinate attività) e di accessibilità alle prestazioni (conformazione del territorio e tempi di attesa).
 - I criteri di selezione degli erogatori relativamente all'assegnazione del 5% sono quelli descritti al punto precedente e avranno come riferimento prioritario gli aspetti legati all'accessibilità e alle soluzioni adottate per migliorare la qualità della prestazione erogata.
 - La Direzione Generale Salute, entro il 20 gennaio 2014, fornirà alle ASL gli standard regionali di riferimento per le attività ambulatoriali con l'attenzione di effettuare delle analisi aggregate per attività che possono essere effettuate sia in regime di ricovero sia in regime ambulatoriale.
 - La somma del contributo assegnato su base storica come sopra definito e del contributo assegnato dalla ASL con le procedure di selezione rappresenta la base di contratto, sulla quale viene applicato, come accade dal 2003, il sistema delle regressioni tariffarie secondo la seguente modalità:
 - I calcoli avvengono sempre su base 100. Al 92% consolidato le Asl, nel rispetto dei criteri sopra indicati, possono aggiungere una quota massima di risorse fino ad arrivare al 97%. Ragionare su base 100 significa che se le ASL non dovessero aggiungere 5 punti percentuali al 92%, la somma raggiunta viene comunque considerata per ogni struttura come il 97%.
 - Le restanti risorse vengono assegnate su base Regionale con regressioni che saranno applicate nella misura massima del 30% tra il 97% ed il 103% e del 60% tra il 103% ed il 106%.
 - Oltre il 106% non viene garantita la remunerazione delle risorse se non di fronte, su base Asl o Regionale, ad una dimostrata nuova disponibilità di risorse.

Trasferimento risorse dalle attività di ricovero a quelle di specialistica ambulatoriale:

È ammesso alle seguenti condizioni:

- La struttura deve aver ridotto di almeno il 10% il fatturato delle prestazioni riconducibili ai 108 DRG ad elevato rischio di inappropriatezza.
- La ASL deve fornire il proprio parere vincolante e l'indicazione specifica di quali attività devono essere garantite con le risorse spostate dal ricovero.

Interventi per la riduzione dei 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza di cui al Patto della Salute 2010/2012

Si stabilisce che il rapporto dei ricoveri ordinari afferenti a tali DGR rispetto ai ricoveri afferenti ai restanti DGR non può superare su base regionale complessiva il valore del 29%. Questa soglia è mutuata dall'indicatore sviluppato dal Ministero della Salute che fa coincidere questo valore con la

soglia di accettabilità relativamente all'incidenza che questa casistica può avere sulla casistica ritenuta appropriata.

Questo indicatore, infatti, è uno di quelli più importanti ed è utilizzato a livello nazionale per verificare il rispetto da parte delle Regioni degli adempimenti LEA. Al superamento di tale valore obiettivo sarà applicata una regressione tariffaria sul valore dei 108 DRG con l'obiettivo di rientrare nella soglia del 29%. L'applicazione della regressione tariffaria avverrà in modo differenziato tenendo conto della riduzione dei ricoveri potenzialmente inappropriati messa in atto dai singoli erogatori.

Il Metodo di Negoziazione

Al fine di garantire continuità ai servizi resi ai cittadini (si ricorda che le condizioni negoziate per il 2013 terminano con la fine dell'esercizio stesso) le ASL dovranno provvedere a siglare entro il 31-12-2013 i contratti quadrimestrali per l'esercizio 2014, la cui valorizzazione relativa è pari ai 4/12 di quanto negoziato tra ASL ed Erogatore per l'anno 2013.

Le quote di budget relative all'intera annualità saranno successivamente individuate dalle ASL e la negoziazione delle ASL con i soggetti erogatori si concluderà nel corso di incontri che si terranno presso la DG Salute. Questi incontri trilaterali permettono di coinvolgere i diversi livelli del sistema e di uniformare i criteri di definizione delle risorse sulla base di evidenze epidemiologiche e di appropriatezza clinica. In preparazione a questi negoziati le ASL predisporranno un quadro territoriale complessivo e coerente con i criteri di attribuzione delle risorse sopra esposti. Le ASL entro il 15 febbraio predisporranno le loro proposte che rappresenteranno la base degli incontri che dal 1° di marzo si svolgeranno presso la DG Salute e che dovranno aver termine entro il 30 Aprile 2014.

Il contratto stipulato tra le ASL ed i soggetti erogatori avrà validità solo quando sarà inserito nel software gestionale della DG Salute denominato s.c.r.i.b.a. L'avvenuta presa d'atto del contratto dovrà essere comunicata per iscritto dalla DG Salute alle Asl di competenza ed agli erogatori interessati.

Al fine di poter programmare in modo adeguato al potenziale di offerta delle stesse, per le strutture accreditate e non a contratto viene individuata una potenziale quota massima di risorse pari a quello che potrebbe essere il valore teorico di produzione, al netto del ticket e del superticket, calcolato sulla base del valore prodotto mediamente, in regione dal strutture ambulatoriali private extraospedaliere, in un anno (2012 in quanto ultimo esercizio completamente disponibile) nelle branche ambulatoriali per le quali le strutture sono accreditate.

Il documento che sarà redatto dalle ASL entro il 15 febbraio dovrà essere guidato dai principi e dai vincoli sopra esposti e, per assegnare l' 8% delle risorse ambulatoriali che non sono attribuite su base storica, le ASL potranno utilizzare una procedura di selezione che sarà individuata entro il mese di gennaio in collaborazione con l'Agenzia regionale ARCA. All'interno di questa quota e facendo riferimento agli stessi vincoli e principi si individuano risorse fino ad un massimo di 13 milioni di euro su base regionale, assegnate proquota alle ASL, che potranno nelle loro proposte proporre nuove contrattualizzazioni per questa tipologia di strutture

La legge 135/2012 (spending review) richiama prioritariamente per le strutture di diritto pubblico la necessità di governare il livello dei costi. Per queste strutture i contratti saranno sempre basati sulla logica della definizione di budget economici per obiettivi di attività prevalentemente attribuiti su base storica. Altresì per accompagnare il sistema degli erogatori pubblici su un

percorso che possa conciliare al meglio la necessità di perseguire l'efficienza garantendo la qualità dei servizi è necessario introdurre nella negoziazione degli strumenti di indirizzo e di orientamento relativamente l'erogazione dei servizi di ricovero e di specialistica ambulatoriale.

2.3.2. INTERVENTI SUL SISTEMA TARIFFARIO

Tariffe uniche per DRG a degenza breve

A seguito delle valutazioni sugli esiti registrati nelle attività di controllo delle Asl sull'appropriatezza delle giornate di degenza della chirurgia elettiva minore, con particolare riferimento alla giornata pre-procedura in attività di emodinamica e di elettrofisiologia, così come condiviso anche con i referenti degli Erogatori nell'ambito delle attività del Gruppo di Lavoro regionale "Accreditamento, Appropriatezza e Controllo", si prevede che i DRG di cui all'elenco di seguito richiamato godano di una tariffa unica.

La nuova tariffa unica, così rideterminata, corrisponderà, a decorrere dai dimessi dal 1° gennaio 2014, all'85% della tariffa ordinaria vigente per l'anno 2013.

DRG	Descr. DRG	Tariffa unica
117	Revisione di pacemaker cardiaco escl. sostituzione	3.339,59
125	Mal.cardiovasc. escl. IMA con catet., dia. no compl.	2.066,71
518	Int. S CardVsc Perc. snz Stent ArterCoron. o IMA	4.592,04
552	Altro impianto pacemaker cardiaco perm senza diagnosi cardiovascolare maggiore	7.353,04
556	Int sistema cardiovasc via percutanea con stent NoMed senza dia cardiovasc magg	5.777,27
558	Int sistema cardiovasc via percutanea con stent Med senza dia cardiovasc magg	5.777,27

Attività di Adroterapia

Limitatamente alle attività di Adroterapia erogate dal CNAO di Pavia per protocolli approvati dal ISS, si definiscono le seguenti tariffe in vigore per i trattamenti prenotati a partire dal 1° gennaio 2014:

codice	Descrizione	Tariffa (€)
92.29.N	Stereotassi (1-3 frazioni)	18.000,00
92.29.O	Boost (sino a 6 frazioni)	12.000,00
92.29.P	Ciclo intero	24.000,00

Le precedenti prestazioni sono da considerarsi come dei pacchetti comprensivi di tutte le attività legate al trattamento (visite, tac, rmn, centrature con simulatore, definizioni di volume di trattamento, studi dosimetrici, ecc.). La possibilità di erogare le predette prestazioni a carico del Servizio Sanitario Regionale è subordinata alla messa a contratto della struttura da parte della ASL territorialmente competente che avverrà entro il mese di gennaio 2014.

Attività di medicina trasfusionale

Le strutture che già nell'anno 2012 hanno goduto del rimborso per la funzione non tariffabile "metodica N.A.T. ed integrazione per produzione unità di sangue intero" devono utilizzare per la rendicontazione, a partire dal 1 gennaio 2014, la modalità di codifica sotto riportata, limitatamente agli esami e prestazioni effettuati nell'ambito dell'attività specifica di donazione volontaria di sangue ed emocomponenti:

codice	Descrizione	Tariffa (€)
T0050	Esami associati all'attività di validazione unità di sangue. Test NAT per HIV1-2, HCV, HBV (la prestazione è da considerarsi comprensiva di tutte le determinazioni NAT sulla singola unità)	18,00

Procedure riconducibili ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza

Le procedure chirurgiche (MPR) di cui al Sub Allegato A "Tariffe 108 DRG a rischio di inappropriatelyzza", parte sostanziale ed integrante del presente provvedimento, influenzanti l'attribuzione di alcuni dei 108 DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza, a partire dalle prestazioni erogate dal 1° gennaio 2014, congruentemente a quanto previsto dal vigente Patto per la Salute 2010 – 2012, saranno prioritariamente erogate in regime di day surgery anche nel caso in cui esse si riferiscano ad episodi assistenziali con pernottamento di una notte, in quanto la suddetta notte è considerata di semplice osservazione e non di assistenza. Continueranno ad essere considerati e rendicontati come attività di ricovero ordinario solo i casi con almeno due notti di degenza, pur prevedendo per gli stessi la medesima tariffa unica di cui al Sub Allegato A "Tariffe 108 DRG a rischio di inappropriatelyzza".

Si precisa inoltre che l'elenco delle procedure contenute nel Sub Allegato A "Tariffe 108 DRG a rischio di inappropriatelyzza", a seguito di specifici approfondimenti sul tema dell'appropriatelyzza dell'utilizzo del regime di ricovero diurno in ambito odontoiatrico, contiene specifiche indicazioni nel merito delle prestazioni odontoiatriche; a questo proposito, si richiama altresì al rispetto dei criteri di inclusione nei LEA odontoiatrici così come definiti dalla DGR n. VIII/3111 del 1° agosto 2006.

Meniscectomia (codice 80.61)

A seguito di specifiche valutazioni nel merito delle prestazioni eseguite in concomitanza con procedure afferenti alla BIC, pur ribadendo il concetto di base secondo cui il criterio che guida l'attribuzione delle prestazioni al suddetto regime è l'MPR (per cui nel caso in cui vengano effettuate contestualmente più procedure di cui solo la principale - MPR - è contenuta negli elenchi della BIC, tutte le procedure chirurgiche effettuate devono essere ricondotte alla principale e quindi deve essere rendicontata una sola prestazione con il flusso di cui alla circolare 28San), si definisce quanto segue:

in relazione al maggior assorbimento di risorse riconosciuto al trattamento chirurgico di riparazione dei legamenti crociati (cod. 81.45 "altra riparazione dei legamenti crociati e cod. 81.46 "altra riparazione dei legamenti collaterali") eseguito contestualmente alla procedura di meniscectomia (cod. 80.6 "asportazione di cartilagine semilunare del ginocchio", da riferirsi alla BIC con cod. 80.61 "asportazione artroscopica di cartilagine semilunare del ginocchio"), si definisce di introdurre un'eccezione alla regola sopra descritta, consentendo, a partire dalle prestazioni erogate dal 1° gennaio 2014, che il codice di procedura 80.6 (solo nel caso dell'abbinamento

descritto) sia rendicontato sulla SDO in sesta posizione e che quindi le suddette prestazioni siano effettuate in regime di ricovero.

Innesti cutanei (codici 86.66, 86.67 e 86.69)

In merito ai codici di prestazione relativi all'impiego di innesti e di sostituti dermici, si precisa quanto segue:

in riferimento alla regola generale sopra descritta, secondo cui *“continueranno ad essere considerati e rendicontati come attività di ricovero ordinario solo i casi con almeno due notti di degenza, pur prevedendo per gli stessi la medesima tariffa unica di cui al Sub Allegato A “Tariffe 108 DRG a rischio di inappropriatazza”, si definisce di introdurre un’eccezione, sempre a partire dalle prestazioni erogate dal 1° gennaio 2014, solo per i codici 86.66, 86.67 e 86.69, qualora gli stessi si riferiscano a procedure effettuate in regime di ricovero ordinario, con degenza maggiore o uguale a 3 giorni. In questi casi infatti, la tariffa corrisposta per i principali DRG di afferimento dei codici suddetti (DRG 120, 217 e 439), corrisponderà alla tariffa ordinaria attualmente prevista per gli stessi, a partire dalla terza giornata di ricovero, e solo secondo lo schema di seguito riportato:*

DRG	Descr. DRG	Tar <= 2 gg	Tar >= 3 gg Ord
120	Altri interventi sull'apparato circolatorio (con MPR 86.66 “omoinnesto sulla cute”)	2.500,00	6.665,66
120	Altri interventi sull'apparato circolatorio (con MPR 86.67 “innesto di derma rigenerativo”)	2.500,00	6.665,66
120	Altri interventi sull'apparato circolatorio (con MPR 86.69 “altro innesto di cute su altre sedi”)	1.500,00	6.665,66
217	Sbrigliamento ferita e trapianto cutaneo eccetto mano, per malattie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo (con MPR 86.67 “innesto di derma rigenerativo”)	2.500,00	8.062,05
217	Sbrigliamento ferita e trapianto cutaneo eccetto mano, per malattie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo (con MPR 86.69 “altro innesto di cute su altre sedi”)	1.500,00	8.062,05
439	Trapianti di pelle per traumatismo (con MPR 86.67 “innesto di derma rigenerativo”)	2.500,00	4.118,11
439	Trapianti di pelle per traumatismo (con MPR 86.69 “altro innesto di cute su altre sedi”)	1.500,00	4.118,11

La ragione della descritta articolazione tariffaria risiede nelle valutazioni condotte circa le peculiarità di una quota parte di casistica di riferimento, rappresentata da ricoveri medio-lunghi di pazienti complessi, sia relativamente al trattamento specifico richiesto (mirato alla cura di lesioni severe ed invalidanti, con complicanze vasculitiche, settiche ecc.), ai presidi utilizzati (con particolare riferimento all'impiego di medicazioni avanzate), all'assistenza complessivamente necessaria (anche in termini riabilitativi) in riferimento al grado di autonomia presente e le eventuali copatologie intercorrenti (approccio multidisciplinare).

Per quanto detto, appare evidente che la tariffa ordinaria prevista dalla terza giornata di ricovero per i citati DRG in abbinamento con i codici 86.66, 86.67 e 86.69, secondo lo schema su riportato, è orientata a sostenere gli oneri riconosciuti necessari per il trattamento di situazioni di particolare fragilità e complessità, la cui sussistenza sarà oggetto di verifica da parte degli organi di controllo delle Asl.

N.B.: in riferimento ai DRG 120 e 217, si specifica che nel caso in cui uno dei codici di procedura descritti, riferiti ad innesti cutanei/sostituti dermici, dovesse essere indicato sulla SDO contestualmente al codice di procedura 86.22 (cfr. Sub Allegato B “Controlli”, Paragrafo “Codice ICD-9-CM 86.22 *“rimozione asportativa di ferita, infezione o ustione”*), prevarranno le modalità tariffarie di cui al presente Paragrafo “*Innesti cutanei (codici 86.66, 86.67 e 86.69)*”.

Indicazioni per l'esercizio 2014

Nel corso del 2014 la Dg Salute coordinerà delle attività di valutazione dei costi di produzione in ambito delle attività di ricovero e di specialistica ambulatoriale finalizzate ad ottenere una significativa manutenzione delle tariffe a decorrere dall'esercizio 2015. È opportuno che queste importanti attività avvengano in collaborazione con Éupolis utilizzando una metodologia simile a quella già utilizzata dal Ministero della Salute per definire le tariffe nazionali di riferimento per i DRG. Queste attività avverranno per rilasci successivi in corso d'anno dando la priorità alla valutazione delle attività di laboratorio analisi, di PMA, di radiologia e di riabilitazione.

2.3.3. FUNZIONI 2013 /2014 E MAGGIORAZIONI TARIFFARIE DI CUI ALLA LEGGE 7/2010

Con nota prot. H1. 2012.0035499 del 12.12.2012, il Direttore Generale Sanità riconosceva all'Ente Provincia Lombardo Veneta Ordine Ospedaliero San Giovanni di Dio Fatebenefratelli l'importo di € 1.815.000 relativo alla funzione “Complessità di erogazione delle attività di ricovero per enti gestori unici” per l'anno 2009 che a suo tempo, nella citata DGR n. IX/133 del 17 giugno 2010, per mero errore non era stato conteggiato e disponeva di liquidare la suddetta somma. Con il presente provvedimento pertanto si riconosce il conguaglio relativo all'importo di € 1.815.000 relativo alla funzione “Complessità di erogazione delle attività di ricovero per enti gestori unici” riconosciuto all'Ente Provincia Lombardo Veneta Ordine Ospedaliero San Giovanni di Dio Fatebenefratelli per l'anno 2009. La copertura economica della somma in argomento era stata considerata nei costi del SSR dell'esercizio 2009 e risulta disponibile al capitolo 8950 dell'anno in corso derivante dalle reiterate iscrizioni ex art. 50 della L.R. 34/78 (ex capitolo 5473).

Con riferimento alle determinazioni assunte nella DGR n. X/824 del 25/10/2013 avente ad oggetto “Determinazione in merito alla remunerazione di alcune funzioni non coperte da tariffe predefinite svolte dalle aziende ed enti sanitari pubblici e privati accreditati per l'anno 2012 ed ulteriori determinazioni relativamente al finanziamento delle attività sanitarie” sono state effettuate, a seguito di istanze pervenute da parte di alcuni erogatori, verifiche che evidenziano la necessità di riservare circa 5 milioni di euro alla remunerazione di alcune voci relative al 2012; le stesse saranno finanziate con la delibera di approvazione delle funzioni relative all'esercizio 2013. I riconoscimenti relativamente alle funzioni dell'esercizio 2012 saranno assegnati con la delibera che approverà le funzioni relative all'esercizio 2013 nel rispetto dei tetti complessivi di risorse di seguito esposti.

La DGR n. IX/4334 del 26/10/2012 ha individuato le risorse complessive destinate alle funzioni non tariffabili per l'anno 2013 per un ammontare di € 960 milioni, una quota di 172 milioni per gli erogatori di diritto privato ed il limite massimo di risorse disponibili per ciascuna tipologia di funzione. A seguito dell'adozione del provvedimento di assegnazione delle funzioni per l'anno 2012 effettuato con DGR n. X/824 del 25/10/2013 si ritiene, in considerazione dell'attuale periodo di transizione dal vigente sistema di funzioni non tariffabili ad un sistema rimodulato, al momento

allo studio, che combini il finanziamento a tariffa (ivi comprese le maggiorazioni tariffarie) con il finanziamento a funzione, di modificare il limite massimo di risorse disponibili per ciascuna tipologia di funzione in conformità a quanto già assegnato per le funzioni 2012. Alla luce infatti delle assegnazioni individuate per l'anno 2012, che hanno tenuto conto sia dell'invito del Consiglio Regionale contenuto nella delibera n. 90/2013 di rivalutare l'attuale equilibrio oggi vigente tra remunerazione a tariffa e finanziamento a funzione e di quanto previsto dal PRS della X legislatura che tra i vari obiettivi si pone quello di sostenere e promuovere la ricerca sanitaria, si ritiene opportuno mantenere i valori riconosciuti in quanto maggiormente in linea con gli andamenti sul consumo ed impiego delle risorse più recentemente rilevati riportati nella seguente tabella:

Anno 2013	FUNZIONE NON TARIFFABILE	€/1.000.000
1	OBIETTIVI PREVISTI DAL PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE VETERINARIA 2012-2014	17
2	GUARDIA TURISTICA STAGIONALE	1
3	COMPLESSITA' DI GESTIONE DEL FILE F	23
4	TRASPORTO NEONATALE	1
5	EMERGENZA URGENZA	268
6	PRESIDI EE UU OSPEDALI MONTANI	8
7	ASSISTENZA IN TERAPIA INTENSIVA DI NEONATI PREMATURI	14
8	ALTRE ATTIVITA' CONNESSE ALLEMERGENZA-URGENZA	3
9	PRELIEVO ORGANI E TESSUTI	7
10	CENTRI TRAPIANTO ORGANI	7
11	ALTRE ATTIVITA CONNESSE AL TRAPIANTO DORGANI	12
12	ATTIVITA DI RICERCA DEGLI I.R.C.C.S	80
13	STRUTTURE CONVENZIONATE CON LE FACOLTA' DI MEDICINA	2,5
14	FORMAZIONE DELLE PROFESSIONI SANITARIE	35
15	METODICA N.A.T. ED INTEGRAZIONE PER PRODUZIONE UNITA DI SANGUE INTERO	17
16	INTEGRAZIONE TARIFFARIA PER TERAPIA ANTIRETROVIRALE PER PAZIENTI AMBULATORIALI HIV	13
17	AMPIEZZA CASE-MIX	31
18	ATTIVITA' DI RILIEVO REGIONALE	20
19	UNITA' OPERATIVE OSPEDALIERE DI MEDICINA DEL LAVORO	4
20	SERVIZIO DI NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA	22
21	COMPLESSITA' DI EROGAZIONE DELLE ATTIVITA DI RICOVERO PER ENTI GESTORI UNICI (AL 30/06/2010) DISTRIBUITA SU PIU' PRESIDI NEL TERRITORIO DI UNA MEDESIMA ASL	144
22	MOLTEPLICITA' DI PRESIDI (MEDESIMA ASL) DI EROGAZIONE DI PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE AD ESCLUSIONE DI QUELLI PRESENTI ALL'INTERNO DELLA STRUTTURA DI RICOVERO E CURA (SITUAZIONE AL 30/06/2010)	66
23	MOLTEPLICITA' E COMPLESSITA' DI LIVELLI DI EROGAZIONE NEL TERRITORIO DELLA MEDESIMA ASL, AL DI FUORI DELLA STRUTTURA DI RICOVERO, RELATIVAMENTE AI SERVIZI DI UONPIA E DI PSICHIATRIA (SITUAZIONE AL 30/06/2010)	36,5

24	COMPLESSITA' ASSISTENZA RIABILITATIVA	20
25	FUNZIONE INTEGRATIVA PER PARTI EFFETTUATI IN ANALGESIA	4
26	TRATTAMENTO PAZIENTI ANZIANI IN AREA METROPOLITANA	99
27	RICONOSCIMENTI RELATIVI ALLE FUNZIONI DELL'ESERCIZIO 2012	5
	TOTALE	960

Per le funzioni non tariffabili relative all'anno 2014, in considerazione delle indicazioni già richiamate del Consiglio Regionale e di quanto previsto dal PRS della X legislatura, si introduce un nuovo sistema di riconoscimento di alcune funzioni maggiormente correlato alle tariffe, riducendo conseguentemente le attribuzioni attraverso le funzioni non tariffabili. Nel 2014 non saranno assegnate con specifico provvedimento ma contabilizzate a consuntivo le funzioni relative a: "Assistenza in terapia intensiva di neonati con peso inferiore a 1.500 gr."; "Centri trapianto d'organi"; "Sicurezza trasfusionale (metodica NAT) ed integrazione per produzione unità di sangue intero"; "Funzione per complessità dell'Assistenza riabilitativa"; "Funzione integrativa per parti effettuati in analgesia". I criteri di assegnazione della funzione "Emergenza urgenza" saranno definiti tenendo conto anche della valorizzazione del costo dell'attività prodotta dalle singole strutture a costi standard regionali.

Le risorse che nel 2014 non saranno più finanziate come Funzioni non tariffabili verranno assegnate con la negoziazione che dovrà concludersi entro il 30 Aprile 2014.

La "Funzione per complessità dell'Assistenza riabilitativa" viene superata e la remunerazione a prestazione come attività di ricovero e cura avverrà secondo le modalità previste nel presente atto nella parte dedicata alle attività riabilitative. Le attività relative alle funzioni "Assistenza in terapia intensiva di neonati con peso inferiore a 1.500 gr."; "Centri trapianto d'organi"; "Funzione integrativa per parti effettuati in analgesia" verranno remunerate a prestazione come attività di ricovero e cura con gli stessi valori e criteri di determinazione della casistica interessata utilizzati per la determinazione delle funzioni relative all'esercizio 2012.

Le attività oggi finanziate con la Funzione "Sicurezza trasfusionale (metodica NAT) ed integrazione per produzione unità di sangue intero" verranno remunerate come attività di specialistica ambulatoriale; si veda, al paragrafo 2.3.2, la sezione "Attività di medicina trasfusionale".

Nella seguente tabella sono indicati le funzioni per tipologia e il limite massimo di risorse disponibili che complessivamente non dovrà superare € 897 milioni di cui € 155,5 destinati agli erogatori del comparto privato, che corrisponde al valore delle assegnazioni dei precedenti esercizi e delle funzioni non più previste come prima specificato:

Anno 2014	FUNZIONE NON TARIFFABILE	€/1.000.000
1	OBIETTIVI PREVISTI DAL PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE VETERINARIA 2012-2014	17
2	GUARDIA TURISTICA STAGIONALE	1
3	COMPLESSITA' DI GESTIONE DEL FILE F	23
4	TRASPORTO NEONATALE	1
5	EMERGENZA URGENZA	268
6	PRESIDI EE UU OSPEDALI MONTANI	8
7	PRELIEVO ORGANI E TESSUTI	7
8	ALTRE ATTIVITA CONNESSE AL TRAPIANTO D'ORGANI	12

9	ATTIVITA DI RICERCA DEGLI I.R.C.C.S	80
10	STRUTTURE CONVENZIONATE CON LE FACOLTA' DI MEDICINA	2,5
11	FORMAZIONE DELLE PROFESSIONI SANITARIE	35
12	INTEGRAZIONE TARIFFARIA PER TERAPIA ANTIRETROVIRALE PER PAZIENTI AMBULATORIALI HIV	13
13	AMPIEZZA CASE-MIX	31
14	ATTIVITA' DI RILIEVO REGIONALE	23
15	UNITA' OPERATIVE OSPEDALIERE DI MEDICINA DEL LAVORO	4
16	SERVIZIO DI NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA	22
17	COMPLESSITA' DI EROGAZIONE DELLE ATTIVITA DI RICOVERO PER ENTI GESTORI UNICI (AL 30/06/2010) DISTRIBUITA SU PIU' PRESIDI NEL TERRITORIO DI UNA MEDESIMA ASL	145
18	MOLTEPLICITA' DI PRESIDI (MEDESIMA ASL) DI EROGAZIONE DI PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE AD ESCLUSIONE DI QUELLI PRESENTI ALL'INTERNO DELLA STRUTTURA DI RICOVERO E CURA (SITUAZIONE AL 30/06/2010)	67
19	MOLTEPLICITA' E COMPLESSITA' DI LIVELLI DI EROGAZIONE NEL TERRITORIO DELLA MEDESIMA ASL, AL DI FUORI DELLA STRUTTURA DI RICOVERO, RELATIVAMENTE AI SERVIZI DI UONPIA E DI PSICHIATRIA (SITUAZIONE AL 30/06/2010)	37,5
20	TRATTAMENTO PAZIENTI ANZIANI IN AREA METROPOLITANA	100
	TOTALE	897

La DGR IX/350 del 28 luglio 2010 avente ad oggetto "Attuazione dell'art. 25 BIS "Maggiorazioni tariffarie a favore degli IRCCS di diritto pubblico e di diritto privato e delle strutture sanitarie di ricovero e cura - poli universitari - della l.r. 33/2009 così come modificata dalla l.r. 7/2010" stabiliva in particolare nell'allegato 1 al punto 2) che, "... per ciascun indicatore di attribuire dei punteggi in relazione alla distribuzione percentile dei valori degli indicatori. Gli intervalli della scala percentile presi in considerazione per stabilire i punteggi sono <25°; >=25°<=75° e > 75°. I valori sono stati calcolati in base alle dichiarazioni presentate nel mese di aprile 2010 al Ministero della Salute dai legali rappresentanti degli IRCCS in allegato alle richieste di finanziamento per la ricerca corrente dell'anno 2010."

Considerando che annualmente gli IRCCS, unitamente all'istanza per accedere alla maggiorazione tariffaria, devono allegare le autocertificazioni presentate al Ministero per l'anno di riferimento, si ritiene più appropriato avvalersi dei valori riferiti all'anno di presentazione della domanda e non a quelli dell'anno 2010 come definito nella citata DGR IX/350 del 28 luglio 2010 e ciò a valere dalle assegnazioni relative all'anno 2012.

Per quanto riguarda inoltre il punto 1) dell'allegato di cui trattasi al fine di uniformare il criterio di assegnazione dei punteggi si prevede per l'indicatore "Numero ore anno per studente" il punteggio 3 da assegnare alla classe "oltre 2500".

2.3.4. FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO DEGLI OPERATORI

Il Piano di formazione della Direzione Generale Salute

Si sottolinea come il ruolo degli interventi formativi previsti dal Piano di formazione regionale per il personale del Sistema Sanitario Regionale rivesta particolare importanza per gli operatori sanitari, tecnici e amministrativi delle aziende sanitarie pubbliche in quanto costituisce uno degli strumenti attraverso cui la Direzione Generale Salute contribuisce allo sviluppo delle competenze dei professionisti e condivide i messaggi strategici organizzativi, clinici e gestionali relativi alle linee di programmazione regionali, annuali e pluriennali.

Il Piano di formazione aziendale

La partecipazione agli eventi formativi consente l'aggiornamento professionale e l'acquisizione di crediti formativi inerenti l'Educazione Continua in Medicina, favorisce la condivisione di modalità attuative operative aziendali.

Al fine di prevedere una integrazione tra la formazione proposta a livello regionale e i Piani di formazione aziendali, si auspica una ricaduta formativa a livello aziendale dei temi strategici affrontati a livello regionale con particolare attenzione alle tematiche: rischio clinico, attività di controllo e ispettive, continuità assistenziale, appropriatezza, cronicità e rapporto tra ospedale e territorio, formazione sugli adeguamenti normativi, programmi integrati di promozione di stili di vita favorevoli alla salute.

I Piani di formazione aziendali dovranno favorire il trasferimento delle conoscenze e l'integrazione tra i professionisti che operano - con diverse figure professionali e con diversi ruoli - all'interno delle filiere di processo aziendali.

Interventi per la razionalizzazione della spesa in ambito formativo

Si ritiene opportuno perseguire politiche di razionalizzazione della spesa in ambito formativo, anche alla luce delle indicazioni previste dall'art. 6 comma 13 del D.L. 78/2010 convertito in legge n. 122/2010, quali disposizioni di principio al fine del coordinamento della finanza pubblica.

A tal fine dovranno essere privilegiate le metodologie a basso impatto economico, quali la formazione sul campo, gli audit clinici, l'affiancamento, la FAD blended, sviluppando programmi FAD anche attraverso i consorzi degli acquisti. Inoltre l'utilizzo di formatori interni all'Ente consente una minor spesa e una maggiore integrazione dei professionisti aziendali, una valorizzazione delle conoscenze e una diffusione delle *best practices* aziendali.

Forme di economie di spesa possono essere realizzate soprattutto con contenimento della quota prevista nei piani di formazione aziendali per la partecipazione ad eventi formativi a pagamento al di fuori delle Aziende Ospedaliere o Sanitarie, quali convegni e congressi fuori sede.

A tal fine le AO e le ASL devono sviluppare la capacità di attrazione di fondi da Sponsor privati, nel rispetto della normativa ECM sulle sponsorizzazioni, per realizzare il più possibile "in sede" gli eventi formativi e congressuali aperti sia ai professionisti regionali che esterni; ciò consentirà di sviluppare attrattività verso professionisti di altre regioni e forme di economie sia in ambito formativo che, più in generale, nell'ambito delle spese per il personale (missioni, trasporti, quote di iscrizione ad eventi esterni).

La partecipazione agli eventi esterni - fatti salvi i congressi annuali per ogni categoria professionale - è subordinata ad una rilevanza scientifica accertata da parte dei responsabili autorizzativi aziendali, che ne verificano l'elevata qualità scientifica formativa e l'attinenza al ruolo aziendale del professionista che chiede la partecipazione all'evento.

ECM-Provider

Nel 2014 si proseguirà con l'attuazione del sistema già consolidato che prevede:

1. Il ruolo di Regione Lombardia quale soggetto che procede all'accreditamento dei provider, autonomo nel dotarsi di manuali regolatori di accreditamento;
2. il ruolo dei diversi attori che concorrono al funzionamento del sistema lombardo ECM, in particolare:
 - Éupolis Lombardia, quale soggetto al quale è affidata l'attuazione di tutti gli adempimenti inerenti la procedura relativa all'istruttoria di accreditamento;
 - Lombardia Informatica S.p.A. per la implementazione dell'attuale sistema informativo specifico di gestione.

Contratti di formazione specialistica

Si conferma anche per il 2014, 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, delle risorse necessarie per mantenere i contratti di formazione specialistica già stipulati. La possibilità di attivare ulteriori contratti è invece subordinata alla necessaria copertura finanziaria.

2.4. IL GOVERNO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE E DELLA CRONICITÀ

2.4.1. INTERVENTI PER IL GOVERNO DELLA CRONICITÀ

La gestione territoriale della cronicità richiede cultura, strumenti, competenze e organizzazione innovative, e un'integrazione e "continuità di sistema" tra i soggetti della rete dei servizi che garantisca la continuità individuale del processo di cura. Obiettivo è garantire al malato cronico il miglior compenso clinico, ritardando il danno d'organo, le acuzie, le invalidità e/o disabilità, con conseguenti ricadute sulla riduzione dei consumi sanitari e il contenimento della spesa.

Il PRS - Programma regionale di sviluppo della X Legislatura" (approvato con D.c.r. 9 luglio 2013 - n. X/78) prevede:

- di promuovere una presa in carico integrata delle condizioni di cronicità, in stretta integrazione con le diverse realtà operanti a livello territoriale;
- di potenziare la funzione di programmazione e regolazione del mercato territoriale di competenza delle ASL, assegnando loro un ruolo attivo nella programmazione locale sul sistema dei servizi, e nelle attività di monitoraggio e valutazione dei risultati nell'ambito delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie.

Nel 2014 la Regione intende identificare opportunità di sviluppo (organizzative e istituzionali) per governare la cronicità secondo un modello "sistemico", che integri tra loro tutte le fasi del percorso della persona affetta da condizioni croniche (promozione della salute, prevenzione, cure ospedaliere, cure territoriali, ecc.) al fine di garantire continuità nell'accesso alla rete dei servizi, nonché integrazione e raccordo tra MMG, operatori territoriali, specialisti e mondo ospedaliero (anche alla luce della sperimentazione CReG).

Anche attraverso il confronto coi diversi attori in gioco e la collaborazione con le Aziende Sanitarie, sarà sviluppato un Piano Strategico pluriennale per affrontare la cronicità, centrato sulla persona - e non sulla malattia o sulle strutture - secondo una visione sistemica capace di ricomporre in una programmazione unitaria ed integrata l'attuale frammentazione dei servizi forniti al malato.

Particolare importanza sarà data allo sviluppo di una relazione di cura tra il medico e la persona malata, che veda nel malato stesso la chiave di successo per la prevenzione e la cura delle condizioni croniche (*self management, empowerment del paziente*).

Il Piano dovrà integrare interventi di sanità pubblica (promozione, prevenzione e attenzione ai determinanti di salute) con la presa in carico territoriale del sistema delle Cure Primarie (anche alla luce del modello CReG, delle AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali), e delle UCCP (Unità Complesse di Cure Primarie) e con aspetti clinici del livello ospedaliero durante le fasi di riacutizzazione delle malattie croniche.

Sarà posta particolare attenzione alla fase ospedaliera di riacutizzazione della malattia, e alla gestione post-acuta dopo la dimissione dall'ospedale. E' auspicabile, infatti, lo sviluppo di un'organizzazione ospedaliera capace di riconoscere all'accesso il malato cronico e di avviarlo verso percorsi strutturati diversamente in funzione dei diversi bisogni associati a diversi livelli di gravità.

Nella predisposizione del Piano saranno considerate modalità innovative di erogazione dell'assistenza sanitaria adatte al governo della cronicità, capitalizzando sulle esperienze già realizzate a livello locale e/o sperimentale. In questo ambito, particolare importanza sarà data all'utilizzo della Telemedicina, in quanto strumento che consente di fornire servizi sanitari a distanza, superando i vincoli della distribuzione territoriale, delle competenze, e della frammentazione temporale dell'intervento sul singolo assistito, tipica nei malati cronici.

Il Piano sarà condiviso con la DG Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato per garantire una risposta ottimale ai bisogni del paziente cronico anche durante la fase post-acuta, attraverso l'integrazione tra strutture sanitarie, assistenziali e socio-sanitarie.

Nella stesura del Piano particolare attenzione sarà posta anche agli aspetti di tipo amministrativo necessari a garantire una buona programmazione per la cronicità, per esempio attraverso modelli di contrattazione tra i servizi, che indirizzino verso l'organizzazione di percorsi specifici, adatti alla tipologia di cronicità da gestire nei vari territori.

2.4.2. INTERVENTI PER IL PROSEGUIMENTO DELLA SPERIMENTAZIONE CREG

L'analisi dei risultati della sperimentazione CReG condotta nel 2012 e nel 2013, in base a specifici accordi tra ASL e Cooperative di MMG in 5 ambiti territoriali (Como, Lecco, Bergamo, Milano, Milano 2), ha fornito indicazioni per azioni di sviluppo del disegno "CReG", che saranno sperimentate nel corso del 2014.

La sperimentazione proseguirà quindi nelle 5 ASL, attraverso il follow-up attivo della coorte di pazienti già arruolati, con l'obiettivo di valutare l'efficacia della "presa in carico" su indicatori di qualità e di salute, e il relativo impatto sui consumi sanitari e sulla spesa. L'estensione del periodo di osservazione della medesima coorte già arruolata consentirà di produrre dati utili a valutare in modo trasparente i costi effettivi della "presa in carico", contenendo elementi di variabilità o potenziale distorsione della sperimentazione.

Le risultanze delle evidenze sperimentali ad oggi prodotte indicano la necessità di rimodulare il sistema di valorizzazione del servizio, al fine di poter eventualmente pervenire, una volta a regime, al completo riconoscimento di un budget ai soggetti erogatori, per rendere ancor più trasparente

e funzionale il sistema di remunerazione. Per portare a compimento la sperimentazione, nel corso del 2014 sarà corrisposta al Gestore CReG per le attività aggiuntive di “presa in carico” sostenute nella sperimentazione, una “quota di responsabilità” per ogni paziente arruolato, stimata sulla base degli scenari indagati nella prima fase sperimentale. Tale “quota di responsabilità” sarà propedeutica all’evoluzione verso un sistema di remunerazione basato sulla corresponsione al Gestore dell’intera Tariffa CReG.

Al fine di completare il disegno del “modello CReG” sulla scorta dei risultati sperimentali ad oggi ottenuti, anche in considerazione del carattere straordinario del servizio, si rende necessario che le ASL procedano ad una proroga degli accordi contrattuali già stipulati con le Cooperative di MMG rimodulando la parte economica, sostanziando la proroga della sperimentazione una circostanza né prevista né imputabile alle ASL che hanno proceduto alla selezione degli erogatori. Con apposita circolare della DG Salute, entro il 15 di Febbraio 2014 saranno fornite indicazioni per quanto attiene il rinnovo degli accordi negoziali tra ASL e Gestori CReG secondo uno Schema-tipo di Contratto di riferimento regionale. Elemento costitutivo implicito del contratto è il miglioramento quali-quantitativo del servizio alla persona, unitamente al risparmio di costi finanziari. Appare pertanto necessario:

- che negli accordi contrattuali emerga il valore aggiunto della presa in carico del paziente rispetto all’ordinaria attività di assistenza, anche attraverso la definizione obiettivi specifici e misurabili;
- che venga espressamente pattuito che l’obbligazione discendente dal contratto è di risultato e non di mezzi, e che la finalità del servizio si sostanzia nella sommatoria degli specifici obiettivi;
- che il riconoscimento economico al Gestore sia subordinato alla verifica, da parte dell’ASL, del raggiungimento degli obiettivi pattuiti.

Si sottolinea che la fase transitoria per il 2014, propedeutica al pagamento dell’intera tariffa CReG, si rende necessaria anche per sperimentare a fondo una metodologia per gestire fattori di variabilità nell’arruolamento (mobilità dei pazienti, dei MMG, ecc.), e per completare la rappresentazione dell’evoluzione delle patologie croniche secondo il modello delle “classificazione CReG iso-risorse”, già delineato con DDG 4383 del 16.05.2011, Allegato B.

In più, il 2014 servirà per collaudare l’integrazione degli attuali flussi informativi per tracciare prestazioni aggiuntive erogate dai Gestori nell’ambito della sperimentazione e/o per consentire al Gestore la “lettura” di prestazioni specialistiche erogate al di fuori del CReG, che possono determinare scostamenti del percorso rispetto al Piano Assistenziale Individuale (PAI).

In modo particolare, il 2014 sarà utile per verificare la fattibilità di nuovi modelli organizzativi (accordi con strutture erogatrici, distribuzione diretta, prescrittore unico, etc.) finalizzati a conseguire dei vantaggi di sistema. In tale contesto, proseguirà il consolidamento e la valutazione delle esperienze di telemedicina in atto nei CReG a supporto dell’integrazione ospedale territorio, anche in relazione ai percorsi definiti dall’esperienza delle Nuove Reti Sanitarie, entrata a regime nel 2013.

Inoltre, in attesa delle determinazioni della revisione delle convenzioni della Medicina Generale e delle determinazioni del Patto della Salute, il 2014 servirà per verificare ed allineare la sperimentazione CReG a quanto indicato dalla L. 189/2011. Difatti la sperimentazione CReG si inserisce in un momento di profonda revisione del modello assistenziale territoriale dove i MMG, pur mantenendo il rapporto fiduciario con i propri assistiti, dovranno operare in organizzazioni

(AFT e UCCP) con modalità multiprofessionali e integrate. La sperimentazione CReG sembra adeguata per declinare in chiave regionale il dettato normativo introdotto dalla L. 189/2011, in quanto risponde ai principi della normativa (condivisione delle competenze, gestione efficace ed efficiente delle patologie croniche e capacità di presa in carico dei pazienti). Tuttavia, trattandosi di una modalità innovativa e sperimentale di presa in carico dei pazienti cronici, sarà necessario condividere col livello ministeriale l'attinenza ai modelli richiesti.

Allo stesso modo la sperimentazione CReG può offrire spunti di forte innovazione organizzativa anche nella prospettiva prevista dalle linee evolutive del sistema sanitario di rafforzamento della medicina territoriale, che dovrà dotarsi di strutture di degenza territoriale (POT) organizzate per bassa intensità assistenziale, nelle quali sarà possibile sperimentare anche modelli di gestione infermieristica.

2.4.3. INTEGRAZIONE CON I PROGRAMMI DI PROMOZIONE DELLA SALUTE

Nelle ASL sono a sistema programmi e interventi *evidence based* di promozione della salute (stili di vita) e di prevenzione dei fattori di rischio oncologico e cardiocerebrovascolare (di cui al paragrafo 3.3.1.), la cui solidità metodologica rappresenta una condizione favorevole per la sperimentazione di un raccordo "sistemico" con i percorsi di presa in carico integrata della cronicità sul territorio.

Nel 2014 si prevede l'avvio di un percorso per la definizione del modello di raccordo e di integrazione di PDTA e delle relative modalità di sperimentazione della sostenibilità organizzativa, delle dimensioni di valutazione e della trasferibilità. Tale attività sarà oggetto di successive indicazioni dalla DG Salute

2.4.4. INTERVENTI DI TUTELA DELLA SALUTE MENTALE

Continua anche per il 2014 il blocco dei contratti, fatte salve le attività di psichiatria relative al superamento degli OPG e le attività di NPIA relativamente alla sperimentazione di cui al successivo paragrafo "*Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*". L'attività finanziata con 43San sarà oggetto di verifiche puntuali in relazione alla spesa che negli ultimi anni ha subito sensibili aumenti.

Psichiatria

Nell'ambito della salute mentale degli adulti si sono evidenziati i seguenti punti salienti per il governo del sistema a partire dal 2014:

1. È necessario che le ASL si attestino sul livello di spesa del 2013, agendo quindi sulla differenziazione dei servizi acquistati ed erogati, in modo sia da aumentarne l'appropriatezza, sia da creare risparmi utilizzabili in ulteriori settori, favorendo la riconversione della spesa dalle strutture residenziali in direzione di forme di residenzialità leggera e/o di modelli innovativi e a forte integrazione socio-sanitaria
2. Nel corso del 2014 verrà implementata sperimentalmente un'attività di valutazione della qualità delle prestazioni psichiatriche erogate, attraverso l'utilizzo della metodologia elaborata con il Progetto regionale sulla valutazione della qualità e dell'esito dei programmi di cura, realizzata nell'ambito delle azioni di cui al decreto n. 12404 del 24.11.2009.
3. Nel corso del 2014 gli uffici regionali provvederanno a costituire e convocare periodicamente un Comitato Regionale di Coordinamento degli OCSM, quale luogo dove condividere

problemi, individuare soluzioni il più possibile omogenee sul territorio regionale e suggerire linee di azione di supporto alla programmazione della attività.

4. Per quanto riguarda la residenzialità leggera, si confermano le previsioni contenute nella dgr n. VIII/4221/2007 e nella successiva circolare attuativa n. 37249 del 20.12.2011, a riguardo della dotazione di programmi assegnati alle singole ASL.
5. Occorre implementare in tutte le A.O. modelli di integrazione degli interventi nei disturbi di età adolescenziale e giovanile con i servizi NPIA e la psicologia clinica tramite equipe funzionali dedicate, allo scopo di sviluppare e migliorare la collaborazione in atto, anche in riferimento a una più ampia collaborazione tra Organismi di coordinamento per la salute mentale e per la NPIA. Nei CPS, analogamente, è necessario avviare o aggiornare modelli di collaborazione con i SERT per i frequenti quadri di comorbidità con i disturbi indotti da sostanze o da dipendenza patologica e similmente con i servizi disabili in relazione ai problemi di assistenza a soggetti affetti da diverse forme di disabilità che presentano disturbi psichici, con i Dipartimenti di Prevenzione Medici per la presa in carico di pazienti sieropositivi con problematiche psichiche, o con i servizi sociali rispetto a problematiche di vario ordine (familiare, tutelare, assistenziale, socio-lavorativo) dei pazienti.
6. Il mantenimento e lo sviluppo dell'area dell'innovazione necessita di ulteriori azioni migliorative, in particolare a riguardo della prosecuzione del processo di consolidamento istituzionale già avviato. I programmi si svilupperanno nell'arco temporale di un biennio e dovranno prevedere un graduale e misurabile assorbimento (anche solo di parte di essi) nell'offerta dei DSM, oppure prevedere una chiusura conseguente al raggiungimento del risultato prefissato. Le risorse eventualmente liberatesi in tale processo saranno destinate alla attivazione di nuovi programmi innovativi, da effettuarsi con la procedura utilizzata di prassi. Inoltre si confermano le tematiche strategiche per aree di salute già indicate nella DGR 2633/2011, la dotazione finanziaria complessiva per lo stesso importo assegnato per il 2013, nonché le modalità di presentazione dei programmi. Questi ultimi dovranno essere proposti alle ASL dagli erogatori entro il 31.01.2014; le ASL, previo parere favorevole dell'OCSM, dovranno presentarli agli uffici regionali entro il 14.02.2014.
7. La presa in cura dei pazienti è rappresentabile da un concatenamento di eventi (controlli, colloqui, visite, ricoveri, ecc.) che hanno una espressione di qualità se quantitativamente equilibrati nel tempo. Pertanto è la sequenza e l'integrazione degli eventi che rappresenta la misura della reale presa in cura. L'attuale sistema di remunerazione a prestazione poco si adatta a questo sviluppo poiché tende alla frammentazione del percorso ed a costituire una rendicontazione delle attività basata sulla quantità delle prestazioni erogate e non sulla effettiva valutazione della presa in cura. Nel 2014 per adattare il sistema di remunerazione alla nuova visione si prospetta l'avvio del superamento dell'attuale modalità di pagamento a prestazione con una tariffa di responsabilità per la presa in carico del singolo paziente. Si procederà pertanto alla definizione di un modello di classificazione dei pazienti per intensità di cura, del relativo sistema tariffario ed alla applicazione sperimentale del modello in 2-3 dipartimenti di salute mentale. A sostegno di questa azione dovranno essere definite anche le modalità di verifica dei percorsi di presa in cura. In tal senso la validazione delle esperienze in atto che hanno accertato la possibilità di ottenere risultati rilevanti utilizzando specifici algoritmi estratti dalla BDA e dai flussi amministrativi, rappresenta la base su cui sviluppare un modello di riferimento.

Ospedali psichiatrico giudiziari

In Lombardia è stato redatto un programma per l'utilizzo dei fondi che la legge 9/2012 mette a disposizione per la realizzazione di nuove strutture sanitarie per l'esecuzione di misure di sicurezza

(REMS). Tale programma potrà essere rimodulato sulla base delle effettive necessità, ed inoltre dato che il fenomeno ha una caratteristica eminentemente nazionale più che regionale, e dato che l'ingresso dei pazienti negli OPG avviene attualmente su disposizione della magistratura, in tale rimodulazione eventuale si dovrà tenere conto dello stato di attuazione del processo di superamento degli OPG a livello nazionale.

Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza

La programmazione per il 2014 nell'area NPIA dovrà tener conto, oltre che delle attività ordinarie svolte, del lavoro dei progetti regionali di NPIA attuati nel territorio, del risultato dei diversi GAT attivati e delle azioni prioritarie già indicate negli scorsi anni., con particolare riferimento ai seguenti punti:

1. Allo scopo di dare immediata operatività alla organizzazione locale delle risposte alle situazioni di emergenza – urgenza psichiatrica in età evolutiva, le singole ASL, d'intesa con le AA. OO. afferenti, dovranno provvedere a individuare e attivare modalità per garantire risposte omogenee, appropriate e sostenibili, identificando il ruolo e i compiti dei singoli presidi ospedalieri e le integrazioni necessarie per poter garantire i percorsi dei pazienti, nonché monitorando attentamente ricadute operative ed esiti. Andranno inoltre individuate e attivate modalità per garantire o potenziare la possibilità di ricovero specifico di NPIA in macroaree regionali (Milano, Monza, Brescia, Pavia, Varese), anche attraverso la trasformazione di posti letto esistenti, nell'ottica dell'ottimizzazione delle risorse in relazione agli effettivi bisogni assistenziali.
2. La domanda di residenzialità terapeutica di NPIA in Lombardia appare in aumento e in trasformazione, soprattutto per situazioni di elevata complessità. Risulta quindi opportuno approfondire nuove modalità di risposta ai bisogni in un'ottica di percorsi di cura differenziati per intensità assistenziale. Si procederà pertanto nel 2014 alla verifica della fattibilità di una sperimentazione sui cui risultati effettuare una ipotesi di ristrutturazione del sistema della residenzialità e semiresidenzialità terapeutica in NPIA in Lombardia e valutare la ridefinizione dei livelli tariffari. La sperimentazione riguarderà esclusivamente gli inserimenti di nuovi utenti minorenni con disturbi psichiatrici, ed avrà tra i propri obiettivi la riduzione della mobilità passiva extraregionale. Con nota a firma del Direttore della Direzione Generale Salute alle ASL verranno poi fornite indicazioni relativamente agli ambiti di sperimentazione ed alle modalità. Fatto salvo quanto sarà previsto dalla sperimentazione, permangono pertanto i vincoli relativi all'accreditamento e messa a contratto di nuove strutture, secondo quanto indicato nella DGR n. IX/2633 del 6/12/2011.
3. Date le numerose difficoltà esistenti nella gestione delle liste d'attesa in età evolutiva, risulta necessario:
 - che ogni ASL avvii un raccordo stabile tra UONPIA, strutture accreditate di NPIA e strutture di riabilitazione del proprio territorio per una rilevazione a riguardo degli utenti con disturbi neuropsichici dell'età evolutiva, ai loro percorsi, alle liste d'attesa esistenti, alle progettualità in atto
 - che vengano individuati e condivisi a livello regionale criteri trasversali di segmentazione dell'utenza, di priorità per l'accesso e la presa in carico e di coordinamento della rete
 - che vengano definiti alcuni percorsi di riferimento prioritari e le modalità necessarie per garantirne l'erogazione appropriata e tempestiva
 - che le prenotazioni vengano gestite direttamente da operatori interni alle UONPIA adeguatamente formati (anche attraverso appositi percorsi formativi), onde consentire la gestione sia dei primi accessi che degli accessi successivi attraverso adeguati criteri di priorità e appropriatezza

- che si proceda ad una analisi dell'attività erogata sul territorio regionale, in modo da poter meglio rilevare e valorizzare le prestazioni effettuate.
4. Il budget complessivo a disposizione a livello regionale per il 2014 per l'area dei progetti di neuropsichiatria infantile si conferma in 10 milioni di euro, ed i budget locali corrispondono in prima definizione a quanto già evidenziato nella DGR 2633 del 6-12-2011. La presentazione dei progetti (siano essi nuovi o prosecuzione di progetti precedentemente avviati) dovrà avvenire entro il 13.01.2014 con le modalità già indicate nella nota della DG sanità del 29 dicembre 2011, prot n.H1.2011.0037958. La rendicontazione dei progetti attivi nel biennio 2012-2013 dovrà invece avvenire secondo quanto indicato nella nota della DG Salute prot H1.2013.0019567 del 2 luglio 2013. Lo stato di attuazione dei progetti verrà valutato nell'ambito della Direzione Generale Sanità. Sulla base delle risultanze della valutazione (che terrà conto dell'andamento dei progetti negli scorsi anni e dell'effettivo e completo utilizzo delle risorse assegnate), potrà venire ridestinata una quota non superiore al 20% del budget assegnato a ciascuna ASL. Così come per i programmi innovativi per la psichiatria degli adulti, è auspicabile che i progetti di NPIA, nel tempo, tendano ad un graduale e misurabile assorbimento (anche parziale) nell'offerta dei DSM.
 5. Analogamente a quanto previsto per gli Organismi di Coordinamento della Salute Mentale gli organismi di Coordinamento della NPIA saranno periodicamente chiamati dagli uffici regionali alla partecipazione ad un Comitato Regionale di Coordinamento appositamente costituito con nota della Direzione Generale Salute.

2.4.5. LA MEDICINA CONVENZIONATA TERRITORIALE: ACCORDI INTEGRATIVI REGIONALI

Il progressivo accentuarsi dei problemi inerenti la sostenibilità economica del SSR, a fronte di crescenti esigenze di qualificazione dei servizi sanitari offerti, nonché l'intervenuto mutamento della domanda di salute che proviene in larga misura dai pazienti affetti da patologie croniche, richiedono una riprogettazione del sistema delle cure primarie, con particolare attenzione alla valorizzazione dei servizi territoriali.

E' necessario ripensare al processo di presa in carico dell'assistito superando la logica dell'erogazione di prestazioni e concentrandosi invece sempre più sull'organizzazione di percorsi di cura condivisi tra i diversi professionisti della rete di offerta in una logica di integrazione concreta e sostanziale finalizzata agli obiettivi di appropriatezza e continuità di cura.

La legge n. 189 dell'8 novembre 2012 (Legge "Balduzzi") interviene sancendo i principi su cui fondare il riordino dell'assistenza territoriale definendo l'organizzazione dei servizi territoriali a forte integrazione sanitaria, socio-sanitaria e sociale. Già l'Accordo Collettivo Nazionale individua nel territorio il punto di forza per l'organizzazione della risposta sanitaria e dell'integrazione socio-sanitaria per il governo dei percorsi assistenziali, a garanzia dei livelli essenziali e della appropriatezza delle risorse.

L'impegno delle Regioni, attraverso lo strumento della contrattazione, è quindi quello di realizzare in ciascuna Azienda sanitaria locale una rete integrata di servizi finalizzati all'erogazione delle cure primarie al fine di garantire la continuità dell'assistenza, l'individuazione e l'intercettazione della domanda di salute con la presa in carico dell'utente e il governo dei percorsi sanitari, socio-sanitari e sociali.

Il medico di medicina generale (di assistenza primaria e continuità assistenziale) e il pediatra di famiglia sono coloro che si assumono il governo del processo assistenziale relativo a ciascun paziente in carico, facendosi parte attiva della continuità dell'assistenza per i propri assistiti e

perseguendo gli obiettivi di salute dei loro pazienti con il miglior impiego possibile delle risorse, compreso l'utilizzo del sistema informativo regionale.

Per perseguire gli obiettivi di appropriatezza della presa in carico e della cura dei propri assistiti il medico di medicina generale e il pediatra di famiglia dovranno sempre di più integrare funzionalmente la propria attività con quella di altri medici di medicina generale e pediatri di famiglia e altri professionisti sanitari, socio-sanitari e sociali in un modello organizzativo territoriale da definirsi in coerenza con l'art. 1 della legge n. 189/2012 sopra citata, in cui viene individuata l'aggregazione funzionale territoriale (AFT) e l'unità complessa di cure primarie (UCCP), la prima monoprofessionale, tra pari, fondata sulla condivisione di obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit; la seconda caratterizzata dal coordinamento e integrazione dei medici con le altre professionalità convenzionate con il SSN, infermieri, altro personale sanitario e sociale a rilevanza sanitaria. Inoltre nella medesima legge si prevede l'obbligo della garanzia dell'assistenza per l'intero arco della giornata e per 7 giorni la settimana, rendendo pertanto necessario individuare percorsi di integrazione tra medici di assistenza primaria e medici di continuità assistenziale.

Regione Lombardia ha costantemente investito, nel tempo sullo sviluppo delle forme associative: con gli Accordi Integrativi Regionali (AIR) del 2007, 2009, del 2011 e 2013 ha infatti puntato sulla diffusione e l'incremento delle forme associative della Medicina Generale e della Pediatria di Famiglia.

Si tratta ora di intraprendere un percorso di confronto con le Aziende sanitarie, le rappresentanze sindacali delle categorie dei medici di medicina generale, dei pediatri di famiglia, degli specialisti ambulatoriali e altre professionalità sanitarie per definire la direzione della progressiva evoluzione dell'attuale sistema organizzativo territoriale verso il nuovo sistema tracciato dalla legge n. 189/2012 in modo che sia finalizzata al miglioramento della risposta complessiva ai bisogni di salute dei pazienti, tenuto conto delle risorse disponibili e del processo di riordino della rete ospedaliera in atto.

Pertanto negli Accordi integrativi regionali per la Medicina Generale, la Pediatria di famiglia e la Specialistica ambulatoriale per il 2014 dovrà essere prevista anche l'attivazione del percorso di confronto sopra enunciato, che sarà monitorato in corso d'anno in coerenza con le eventuali novità normative che dovessero man mano essere emanate, in particolare le linee di indirizzo contenute nel prossimo Patto per la Salute e le indicazioni che saranno disponibili rispetto all'imminente processo di revisione e aggiornamento degli Accordi Collettivi Nazionali vigenti, e gli stessi saranno definiti nel rispetto delle risorse economiche assegnate, che non potranno comportare oneri aggiuntivi rispetto all'anno precedente.

Successivamente alla stipula dell'Accordo Integrativo regionale, le Aziende sanitarie locali dovranno sottoscrivere Accordi a livello Aziendale sulla base delle indicazioni contenute nell'Accordo Integrativo regionale e dovranno strettamente attenersi al rispetto dell'assegnazione economica regionale 2014 per la Medicina Convenzionata.

Per la Pediatria di Famiglia anche nel corso del 2014 sarà previsto, in capo alle ASL, il mantenimento dei progetti finalizzati alla copertura assistenziale, per i pazienti in età pediatrica, nelle giornate del sabato e nel giorno prefestivo qualora questo preceda più di un giorno di festività. La Direzione Generale Salute, a seguito della valutazione dei risultati ottenuti anche in riferimento al contenimento degli accessi in Pronto Soccorso, fornirà nel corso dell'anno indicazioni alle ASL rispetto alla prosecuzione di tali progetti e alle rispettive modalità organizzative, anche in previsione del percorso di riforma della Medicina territoriale. Per tale progettualità è confermato un contributo da parte di Regione Lombardia per un massimo di € 2.000.000.

2.5. ATTIVITA' DI CONTROLLO

2.5.1. PROGRAMMAZIONE DELLE ATTIVITÀ DI CONTROLLO A TUTELA DELLA SALUTE E SICUREZZA DEI CITTADINI/CONSUMATORI/LAVORATORI

È assunto il percorso metodologico di programmazione delle attività di controllo sulla base del contesto di riferimento e del principio della graduazione del rischio.

La programmazione delle ASL fa propri e declina, nelle diverse realtà territoriali, anche gli obiettivi definiti dal livello nazionale nei LEA, in coerenza con le linee di indirizzo conseguenti.

Il modello organizzativo praticato e da praticarsi è quello che valorizza un'ampia partecipazione delle parti sociali e delle istituzioni con competenze nelle specifiche aree (tutela della salute e sicurezza dei cittadini/consumatori/lavoratori), sia nella fase di individuazione di priorità ed obiettivi, sia nella fase di valutazione del guadagno di salute conseguito.

Il processo per affrontare e risolvere i bisogni di prevenzione inizia con la realizzazione della "peer network", la "rete di pari".

Nel campo della sicurezza alimentare, a livello nazionale e regionale si è consolidato il modello introdotto nell'Unione europea dal Regolamento (CE) 178/2002 e dal "Pacchetto Igiene" (Regg. (CE) 882/2004, 852/2004, 853/2004, 854/2004, 2073/2005), caratterizzato dalla forte responsabilizzazione degli operatori del settore alimentare e il passaggio, per l'Autorità Competente, da controlli preventivi, da porre in atto prima dell'inizio della attività, a controlli a posteriori che verificano il rispetto dei requisiti e soprattutto gli effettivi risultati in termini di controllo del rischio e limitazione degli eventuali danni.

La DG Salute prosegue nel sostegno e coordinamento delle ASL nella messa in atto a livello territoriale di un Sistema di responsabilità condiviso e per migliorare l'efficienza e la qualità delle attività di controllo, anche in attuazione del Piano Nazionale Integrato/Multi-Annual National Control Plan (PNI/MANCP).

Proseguono i controlli sul rischio chimico nelle imprese/strutture appartenenti a tutte le fasi della catena di approvvigionamento, ai sensi dei Regolamenti (CE) n. 1907/2006 (Regolamento REACH – Registration, Evaluation and Authorisation of Chemicals) e n. 1272/2008 (Regolamento CLP – Classification, Labelling and Packaging) ed atti correlati, con attenzione a quelle che producono o importano sostanze chimiche, miscele o articoli, a partire dall'individuazione di priorità quali comparti a maggior rischio, target maggiormente sensibili (es. bambini e adolescenti) e sostanze/miscele/articoli pericolosi (es. sostanze soggette a restrizioni e considerate altamente preoccupanti). La rilevazione dei controlli svolti dalle ASL, siano essi ispezioni, audit, indagine o monitoraggio, anche supportate dai controlli analitici conseguenti, sarà effettuata attraverso il Sistema Informativo Regionale Impres@.

Nel 2014 si prevede, all'interno dei Piano dei controlli, la programmazione ed attuazione da parte delle ASL dei relativi interventi di competenza, con particolare attenzione all'evento EXPO, sulla base della normativa in vigore e degli atti di indirizzo regionale.

Nel campo della tutela del lavoratore i Comitati Provinciali di Coordinamento art. 7 DLgs 81/08, in sinergia con il livello regionale, definiscono la programmazione coordinata dei controlli, anche con riguardo all'evento EXPO.

Verrà inoltre completato il programma regionale di audit sulle Autorità Competenti Locali in materia di alimenti non di origine animale (SIAN) ai sensi del Reg CE 882/2004.

2.5.2. PIANI DEI CONTROLLI PER SICUREZZA ALIMENTARE E SANITÀ PUBBLICA VETERINARIA

Programma regionale dei controlli sulla filiera agroalimentare

Al fine di migliorare gli standard di sicurezza e qualità alimentari a tutela dei consumatori e supporto alle imprese per migliorarne le competitività anche sui mercati internazionali, dovrà essere attuato il programma regionale dei controlli sulla filiera agroalimentare, con l'obiettivo di elevare gli standard di sicurezza e qualità alimentari, a tutela dei consumatori e a supporto alle imprese.

Secondo i criteri stabiliti dal Piano Integrato Aziendale della Prevenzione Veterinaria (PIAPV), i controlli ufficiali ad opera delle autorità competenti dovranno essere eseguiti e rendicontati nel rispetto del piano aziendale e secondo procedure documentate.

Piano di controllo sulle aziende zootecniche

Il Reg. (CE) 73/2009, stabilisce norme comuni relative ai regimi di sostegno diretto nell'ambito della politica agricola comune, introducendo per le aziende agricole l'obbligo del rispetto della "condizionalità" intesa come l'insieme dei criteri di gestione obbligatori e delle buone condizioni agronomiche e ambientali.

Si prevede l'attuazione, in coordinamento con l'Organismo Pagatore Regionale, del Piano di controllo teso alla verifica del rispetto dei criteri stabiliti per l'adesione alle misure previste dal Programma di Sviluppo Rurale, da parte delle aziende agro-zootecniche.

Ciò consentirà di assegnare in modo coerente le risorse finanziarie comunitarie, secondo criteri stabiliti dagli specifici regolamenti.

Programmazione e attuazione del controllo ufficiale sulla base della categorizzazione del rischio

Nel rispetto di quanto previsto dal Reg (CE) n. 882/04, secondo le modalità codificate nel Piano Regionale di Prevenzione Veterinaria 2012-2014 la pressione dei controlli esercitati sulle diverse attività deve essere coerente con il rischio relativo riconosciuto alla struttura stessa alla luce dei dati storici, delle attività condotte e dei prodotti lavorati.

Obiettivo perseguito è assicurare una efficiente allocazione delle risorse garantendo al contempo il raggiungimento dei risultati previsti in termini di sicurezza e integrità alimentare, attraverso la definizione del livello di rischio relativo di tutte le strutture da sottoporre a controllo.

2.5.3. CONTROLLI DELL'ATTIVITÀ DI ASSISTENZA

Viene confermata la necessità che per l'anno 2014 le direzioni strategiche delle ASL diano la massima priorità, in termini di programmazione e di risorse dedicate, all'attuazione delle disposizioni progressivamente introdotte dalla Giunta Regionale con le Regole di Sistema annuali, come raccolte e sistematizzate, fino all'anno 2011, con la DGR n. IX/2734 del 22.12.2011 "Testo unico delle regole di gestione del sistema sociosanitario regionale", nonché come enunciate con le successive deliberazioni in riferimento agli anni di Esercizio 2012 e 2013: DGR n. IX/2633 del 06.12.2011, n. IX/2946 del 25.01.2012, n. IX/3976 del 06.08.2012, n. IX/4334 del 26.10.2012, n. IX/4605 del 28.12.2012, n. IX/4716 del 23.01.2013 e n. X/301 del 19.06.2013.

In particolare, in riferimento all'incremento della quota dei controlli introdotta con le Regole per il 2013 (DGR n. IX/4334/2012, incremento dall'originario 10% all'attuale 14%) ed al fine di garantire la sostenibilità delle attività conseguenti si chiede alle direzioni strategiche delle ASL di considerare prioritarie queste attività destinando alle stesse un numero adeguato di operatori.

Il Piano dei Controlli, previsto dalla DGR n. VII/15324/2003, 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 2014 predisporranno ed invieranno alla DG Salute, esclusivamente su supporto magnetico non modificabile, il Piano dei Controlli relativo all'Esercizio 2014.

Si ricorda altresì l'obbligo di utilizzo del canale informativo del debito del NOC delle ASL per l'invio degli esiti delle attività di controllo sulle prestazioni sanitarie di ricovero ed ambulatoriali: le stesse andranno comunicate, come di consueto, con cadenza mensile, entro il giorno 10 del mese successivo a quello in cui è stata svolta l'attività. I responsabili delle ASL dovranno comunque comunicare prontamente alla Direzione Generale Salute ogni evento di particolare rilevanza in merito ai controlli.

Si ribadisce altresì l'obbligo di invio dell'elenco aggiornato dei componenti del NOC delle ASL, all'inizio dell'Esercizio 2014 (entro il 31 marzo 2014) e successivamente ad ogni eventuale modifica degli stessi componenti.

Si ricordano di seguito, tra le altre, alcune delle indicazioni fornite dalla DGR n. VIII/4799 del 30.05.2007:

- la non obbligatorietà del preavviso della visita ispettiva a suo tempo definito in 48 ore "lavorative" dalla DGR n. VII/8078 del 18.02.2002;
- il superamento di quanto previsto dalla DGR n. 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 Salute, così come previsto dalla Circolare n. 37/SAN/2003 e con le modalità introdotte dal DDGS n. 4304 del 13.05.2011, privilegiando, nel caso di contestazione, l'interpretazione conservativa della modalità di codifica proposta dalla ASL;
- l'obbligatorietà dell'estensione del campione a tutta la casistica di riferimento, nel caso di rilevazione di errori ripetuti che superino la soglia statistica di significatività;
- l'attuazione, come previsto dalla LR n. 8/2007, della sovraterritorialità della funzione di controllo prevedendo la possibilità che le ASL verifichino le prestazioni a favore di propri residenti erogate da strutture ubicate presso altre ASL, superando la previsione del DDGS n. 1375/05 e della DGR n. VIII/3776 del 13.12.2006 in tema di controlli tra ASL viciniori.

Si ritiene altresì utile ribadire quanto chiarito con la DGR n. VIII/4799/2007 anche in tema di rapporti tra Regione, ASL ed Erogatori e di compiti specifici degli stessi.

La Regione Lombardia, sulla base delle risorse disponibili, stabilisce i tetti di spesa annuali per le varie attività di assistenza ed attribuisce ad ogni ASL la quota di competenza, onde consentire ad esse di acquistare, controllare e pagare le prestazioni rientranti nel proprio ambito assistenziale.

Le prestazioni sanitarie rese in regime di ricovero ed ambulatoriale, vengono acquistate dalle ASL sulla base di contratti (o convenzioni) di erogazione, per nome e per conto del Sistema Sanitario Regionale, stipulati con strutture accreditate, sia di diritto pubblico che privato.

Le regole cui fanno riferimento i suddetti contratti in tema di tipo e di volumi di prestazioni, di remunerazione e di modalità di pagamento sono definite annualmente dalla stessa Regione Lombardia: viene così a determinarsi un servizio pubblico (di cui fanno parte Regione, ASL ed Erogatori pubblici e privati) non obbediente a criteri ordinari di mercato bensì a criteri

universalistici di erogazione, tendenzialmente gratuita, di prestazioni assistenziali con remunerazione (a tariffa o a funzioni predefinite) a carico dell'erario.

Il contratto (o convenzione) che l'ASL stipula con la struttura accreditata è dunque un contratto di diritto pubblico (concessione), i cui elementi costitutivi non determinano una relazione paritetica tra i soggetti: in quest'ambito l'Erogatore viene infatti qualificato dalla giurisprudenza quale concessionario di pubblico servizio.

L'Erogatore, nell'espletamento delle proprie funzioni, si impegna a partecipare agli obiettivi del SSR, rivestendo, con riferimento all'attività svolta, la qualifica di pubblico ufficiale o di incaricato di pubblico servizio. In questo senso l'Erogatore è tenuto quindi al rispetto del quadro normativo regionale e nazionale di riferimento in tema di erogazione e di remunerazione delle prestazioni sanitarie nonché dei vincoli impostigli dalla Pubblica Amministrazione sullo stesso tema; ciò anche in riferimento alle modalità di controllo esercitato dalle ASL per tramite del NOC aziendale e agli effetti della detta attività di controllo sul valore lordo della produzione delle prestazioni sanitarie erogate nel periodo di validità contrattuale.

In sintesi:

- la Regione programma, finanzia e indirizza;
- le ASL, enti pubblici strumentali delle Regioni per l'attuazione delle politiche regionali in materia di tutela della salute, acquisiscono, tramite i contratti, le prestazioni, le verificano e le pagano;
- le strutture sanitarie, pubbliche e private, titolari di accreditamento e di contratto con l'ASL, le erogano nel rispetto delle regole fissate dalla Pubblica Amministrazione e dei vincoli contrattuali.

Si rimanda infine per ulteriore dettaglio operativo, al Sub Allegato B "Controlli".

2.6. APPLICAZIONE DELLA DIRETTIVA UE 24/2011 E GESTIONE DEI PAZIENTI STRANIERI

2.6.1. RECEPIMENTO A LIVELLO REGIONALE DELLA DIRETTIVA UE 24/2011 SULLE CURE TRANSFRONTALIERE

Nel 2011 il Parlamento Europeo ed il Consiglio hanno approvato la Direttiva n. 24/2011 "*Applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera*", direttiva tesa a favorire il movimento dei pazienti per ottenere cure sanitarie nei paesi dell'Unione. La Direttiva è già stata recepita o è in recepimento negli stati dell'Unione Europea, ed altrettanto sta avvenendo per l'Italia. Non è previsto un recepimento formale della Direttiva da parte delle Regioni, ma il 2014 rappresenterà il primo anno di vigenza delle indicazioni contenute nella Direttiva 24/2011 anche per Regione Lombardia.

Ai fini del recepimento a livello nazionale della Direttiva 24/2011 Regioni e organismi centrali, con il coordinamento del Ministero della Salute, hanno lavorato in questi anni per definire le modalità specifiche per l'adozione della Direttiva nel nostro paese, individuando le aree tematiche ed i problemi da considerare prioritari per la sua iniziale applicazione. Tali aree/problemi saranno esplicitamente indicate negli atti di recepimento, al momento non ancora disponibili formalmente.

Atti formali a parte, con riferimento alla Direttiva 24/2011 il 2014 dovrà vedere Regione Lombardia impegnata a svolgere attività almeno su due fronti:

- Attuazione della Direttiva secondo le indicazioni di priorità che saranno esplicitate negli atti di recepimento da parte del Governo e del Parlamento italiani.
- Attivazione di iniziative che favoriscano l'accesso dei cittadini dell'Unione alle strutture sanitarie lombarde, in particolare attraverso la promozione in Europa del SSR di Regione Lombardia.

Per quanto riguarda la prima attività saranno fornite specifiche indicazioni sia alle strutture di erogazione che alle ASL (per le rispettive aree di competenza) non appena disponibili i documenti di recepimento nazionale.

Per quanto riguarda la seconda attività si richiama innanzitutto il contenuto della DGR n. IX/4295 del 25/10/2012 *“Preso d’atto della comunicazione del Presidente Formigoni di concerto con l’Assessore Melazzini avente oggetto: «Documento strategico: proposte per lo sviluppo dell’attrattività internazionale del sistema sanitario lombardo»*”, con la quale sono già state fornite indicazioni per la promozione all’estero del SSR di Regione Lombardia. Tali indicazioni dovranno trovare ulteriori precisazioni con riferimento specifico alla applicazione della Direttiva 24/2011 considerato che la citata DGR non era indirizzata esplicitamente alla attuazione della Direttiva stessa ma era motivata da argomenti, e voleva raggiungere obiettivi, più generali. Si veda, inoltre, quanto indicato più avanti al paragrafo 7.2. *“Strategie per l’attrattività internazionale in ambito macroregione”*

Si dà pertanto mandato alla Direzione Generale Salute di attivare, secondo un modello di governance improntato alla partnership tra istituzioni regionali e risorse scientifiche e imprenditoriali del territorio, le opportune iniziative di coordinamento ai fini della promozione del SSR lombardo in Europa in applicazione delle indicazioni contenute nella Direttiva 24/2011, anche con espresso riferimento alle opportunità offerte da EXPO 2015 e dalle iniziative del *“Progetto Mattone Internazionale”* lanciato dal Ministero della Salute.

2.6.2. GESTIONE DATI IN ANAGRAFE E NELLE ATTIVITÀ EROGATE PER PAZIENTI STRANIERI E STP

Anche a seguito dell’Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 20 dicembre 2012 sul documento recante *“Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l’assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome”*, si ritiene siano quattro gli obiettivi principali che il SSR di Regione Lombardia si può porre con riferimento ai servizi che interessano la sanità internazionale, sia per quanto riguarda cittadini lombardi che usufruiranno di prestazioni sanitarie all’estero sia per quanto riguarda cittadini stranieri che usufruiranno di prestazioni sanitarie erogate dalle strutture del servizio sanitario di Regione Lombardia:

1. *Iscrizione al SSR*. Corretta iscrizione al SSR, attraverso la Nuova Anagrafe Regionale (NAR), dei cittadini non residenti in Italia o stranieri temporaneamente residenti che ne hanno diritto, sia ai fini della corretta erogazione dei servizi sanitari sia ai fini delle successive rendicontazioni economiche agli Stati di competenza.

In questo contesto le normative, anche europee, degli ultimi anni hanno modificato in maniera sostanziale le responsabilità dei singoli Stati e le modalità di compensazione delle attività erogate, con significative ricadute (anche negative) sulle risorse del SSR lombardo. A tal fine la DG Salute, con il supporto di LISpA ed in logica prosecuzione con le indicazioni contenute nella DGR n. IX/4334 del 26/10/2012 “*Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2013*”, fornirà nel corso del 2014 le necessarie indicazioni operative specifiche per affrontare adeguatamente la tematica.

2. *Iscrizione al SSR dei minori stranieri irregolarmente presenti sul territorio lombardo*

I minori stranieri irregolari, soprattutto (ma non solo) nelle prime fasi di vita, rappresentano una fascia di cittadini particolarmente vulnerabile ai problemi di salute. Per tali cittadini l'accesso alle prestazioni sanitarie già oggi garantito dal SSR lombardo (in conformità all'art. 35, comma 3, del DL 25/7/98 n. 286 - Testo Unico sull'immigrazione) attraverso l'utilizzo del Pronto Soccorso o il ricorso a specifiche iniziative locali (in alcune ASL, anche attraverso iniziative di collaborazione con organizzazioni del volontariato, non profit, e così via) necessita di completamento per un adeguato affronto dei problemi di salute che li caratterizzano. Ad integrazione degli accessi vigenti al SSR lombardo, e pur nelle difficoltà tecniche ed organizzative generali che tale gruppo di cittadini, proprio perché irregolari, pone al sistema regione nelle sue diverse componenti (identificabilità, mobilità, volatilità, ecc.), si ritiene di adottare in via sperimentale i provvedimenti che seguono.

- Iscrizione a tempo indeterminato, ma con obbligo di rinnovo periodico, dei minori al SSR, senza contestuale assegnazione del PLS.
- Ammissione, gratuita per il cittadino, dei minori irregolari al regime delle visite occasionali del PLS (ex art. 56, 4° comma), con la precisazione che la eventuale reiterazione di visite e notulazioni non debba risultare ostativa al rimborso al PLS ma possa così favorire la possibile continuità assistenziale.
- Attivazione, da parte delle ASL, anche ad integrazione di attività già in corso o a sperimentazione di nuove, di iniziative mirate alla assistenza ai minori irregolari, anche con la collaborazione delle organizzazioni del volontariato, non profit, e così via.
- Accesso diretto dei minori irregolari iscritti al SSR agli ambulatori delle strutture accreditate (e non solo per il tramite del Pronto Soccorso).

Questo pacchetto di iniziative, che dovrà essere tecnicamente specificato e regolamentato attraverso circolari emesse dalla DG Salute, avrà valenza sperimentale per un triennio, e dovrà consentire una valutazione (dal punto di vista della programmazione sanitaria) del servizio erogato, così da definire, in seguito, il regime assistenziale (e le modalità organizzative dello stesso) più adeguato allo scopo della protezione in termini di salute dei minori irregolari.

Le modalità tecniche di cui si faranno carico le circolari di merito dovranno favorire l'erogazione delle attività e la continuità assistenziale, e rimuovere gli eventuali ostacoli (prevalentemente burocratici e/o amministrativi) che si possono ipotizzare per l'organizzazione delle attività indicate.

3. *Adeguata rendicontazione delle prestazioni sanitarie erogate in Lombardia a cittadini stranieri (mobilità attiva)*

Richiamando le indicazioni già fornite negli anni scorsi, e da ultimo nella DGR n. IX/4334 del 26/10/2012 “*Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2013*” e nelle circolari di merito che sono seguite, si ricorda che una non adeguata rilevazione e rendicontazione delle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture lombarde a

cittadini stranieri (mobilità attiva) dà luogo da una parte al mancato recupero di risorse aggiuntive da parte delle Amministrazioni competenti (nazionali ed internazionali) e dall'altra alla messa in carico al SSR lombardo di attività sanitarie (e quindi risorse) che in realtà devono risultare a carico di soggetti diversi. Occorre pertanto procedere ad una adeguata rendicontazione delle prestazioni sanitarie erogate a cittadini stranieri.

In proposito, si precisa che gli importi economici riferiti alle prestazioni sanitarie erogate a cittadini europei (onere 7) che non saranno recuperati attraverso il canale della mobilità internazionale gestito dal Ministero della Salute rimarranno in carico alle strutture che hanno erogato le corrispondenti prestazioni.

Ulteriori indicazioni tecniche specifiche verranno fornite attraverso circolari della DG Salute.

In questo contesto è opportuno già anticipare che, anche a seguito del notevole ricambio di personale osservato nelle strutture di erogazione e di committenza (ASL) che si occupano di stranieri, particolare attenzione dovrà essere dedicata ai temi della formazione degli operatori e della omogeneità dei comportamenti. Iniziative in proposito sono allo studio, anche con la collaborazione dei Ministeri competenti, così come sono in predisposizione nuovi strumenti tecnologici per la rendicontazione delle attività.

4. *Monitoraggio delle prestazioni erogate all'estero a cittadini iscritti al SSR lombardo (mobilità passiva)*

Come noto, a partire dal 1.1.2013 la regolazione finanziaria delle partite debitorie e creditorie connesse alla mobilità sanitaria internazionale (Unione Europea e nazioni extraeuropee per le quali esistono accordi di collaborazione sanitaria) per le prestazioni erogate è messa in capo alle ASL di competenza. Se questo, da una parte, presuppone il raggiungimento degli obiettivi indicati al precedente punto 3 per quanto riguarda la mobilità attiva degli stranieri, dall'altra implica anche un preciso governo della mobilità passiva internazionale.

Poiché l'argomento presenta diversi aspetti di novità per le ASL lombarde sarà cura della DG Salute fornire, con successive circolari, le indicazioni tecniche per il monitoraggio e per il governo di tali attività.

2.7. IL GOVERNO DEGLI INVESTIMENTI DELLE AZIENDE SANITARIE

Nel corso del 2013 è stato messo a disposizione delle Aziende sanitarie (A.O., Fondazioni IRCCS, AREU e ASL) un insieme di azioni che hanno consentito di accedere ad un monte risorse destinato ad interventi di edilizia sanitaria e al rinnovamento del parco delle apparecchiature tecnologiche.

Quanto fatto nel 2013, se in taluni casi consente la conclusione di alcuni grandi progetti (quali ad esempio i nuovi ospedali) per altro verso rappresenta il punto di avvio della programmazione degli interventi che segnerà per i prossimi anni il nucleo centrale degli interventi di edilizia sanitaria e ammodernamento tecnologico, stante l'attuale contesto che vede limitate risorse a disposizione.

I provvedimenti regionali di stanziamento delle risorse finanziarie e di approvazione/programmazione degli investimenti 2013 sono i seguenti per un ammontare complessivo di risorse finanziarie pari a circa 650 milioni di euro:

- Legge regionale n. 18/2012 e successiva D.G.R. n. X/388/2013: 60 milioni di euro.

- VI Atto Integrativo all’Accordo di Programma e successiva D.G.R. n. X/855/2013: 340 milioni di euro, di cui euro 312 milioni a carico dello Stato e 28 milioni a carico della Regione.
- Legge di assestamento del bilancio 2013: 100 milioni di euro.
- Programma ex Ospedali Psichiatrici Giudiziari: 34 milioni di euro.
- Risorse proprie dei bilanci delle aziende sanitarie autorizzate: 70 milioni di euro.
- Nuovo programma in materia di prevenzione incendi ex Dl. 158/2012: 16 milioni di euro.

Con DGR n. X/868 del 31/10/2013 la Giunta regionale ha approvato la proposta di legge di bilancio per l’esercizio 2014. Tale proposta prevede, nell’ambito delle risorse in conto capitale, investimenti destinati esclusivamente al settore sanitario per un totale di 220 milioni di euro.

In via generale tali risorse dovranno essere finalizzate al mantenimento dei livelli quanti-qualitativi delle strutture nonché allo sviluppo di progettualità che consentano un recupero di efficienza con contestuale abbattimento nel medio periodo dei costi di gestione. A tal fine si indicano di seguito gli ambiti che, in linea con il PRS della X Legislatura, saranno prioritari per il finanziamento degli investimenti:

- Fino ad un massimo di 160 milioni di euro destinati ai piani investimenti aziendali, alla messa a norma e sicurezza ed al completamento dei progetti strategici.
- Fino ad un massimo di 60 milioni di euro destinati alla sostituzione delle tecnologie obsolete, progetti di efficientamento aziendale o interaziendale (centralizzazione laboratori, quartieri operatori, logistica, farmacie, sterilizzazione, riduzione locazioni ecc.), riconversione piccoli ospedali in Presidi Ospedalieri Territoriali.

2.7.1. LINEE DI INDIRIZZO PER L’ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI DI EDILIZIA SANITARIA

L’attuale complesso sistema di procedure e autorizzazioni che regolano l’attuazione degli interventi di edilizia sanitaria, risale ormai al 2002 e le successive modifiche nonché gli aggiornamenti necessari sono stati approvati di volta in volta con le deliberazioni adottate annualmente dalla Giunta regionale nell’ambito delle determinazioni in ordine alla gestione del sistema socio sanitario regionale.

Ferma restando l’applicabilità anche nel corso del 2014 delle regole e degli indirizzi oggi vigenti, nel corso del 2014 sarà avviato un lavoro di riordino e sistematizzazione di tutti gli interventi procedurali adottati dal 2002 ad oggi, volto da un lato a rendere maggiormente intellegibile l’insieme dei provvedimenti che negli anni sono stati adottati e, dall’altro, a rafforzare la fase programmatoria degli interventi dotandola di tempi certi ed allineandola alle procedure programmatiche utilizzate a livello nazionale in materia di investimenti in edilizia sanitaria.

Indicazioni in ordine ai piani di investimento aziendali

Con i provvedimenti adottati nel corso del 2013 (attuazione delle leggi regionali n. 18/2012 e n. 5/2013) Regione Lombardia ha avviato un’inversione nelle procedure programmatiche per il finanziamento degli interventi di edilizia sanitaria e ammodernamento tecnologico.

Nel solco delle procedure adottate nel corso del 2013, a partire dal 2014 le istanze di finanziamento potranno essere redatte solo nell’ambito di piani di investimento “strutturati” a seguito di provvedimento della Giunta regionale e specifica Circolare applicativa della Direzione Generale Salute, che ne detta le modalità attuative.

Pertanto qualsiasi istanza estemporanea, non rientrante in tale “cornice programmatoria”, non potrà essere presa in considerazione.

Eventuali richieste di finanziamento assolutamente improcrastinabili saranno oggetto di valutazione solo e soltanto qualora vi sia imminente pericolo per cose e persone tale da configurare una motivata possibilità di interruzione del relativo servizio. Tale evenienza dovrà essere certificata sotto la propria responsabilità dal Direttore Generale aziendale.

La modalità di valutazione di cui sopra, ricorrendone le condizioni, sarà adottata solo qualora eventuali percorsi organizzativi alternativi (ivi compresa la collaborazione con altre aziende sanitarie) siano stati valutati non percorribili.

I piani di investimento aziendali devono essere approvati dal collegio sindacale, che ne certifica la sostenibilità nel quadro delle risorse di bilancio (anche in riferimento alle ricadute sul bilancio corrente); la Direzione aziendale potrà avvalersi anche dell’Organismo di valutazione del codice etico per la valutazione della coerenza con gli indirizzi regionali in termini di sviluppo del Sistema Sanitario. Tale modalità dovrà essere utilizzata anche nel caso di presentazione di istanze nell’ambito dei provvedimenti regionali che finalizzano risorse in conto capitale ad interventi di edilizia sanitaria.

Resta confermata la previsione che, nel caso di mancato utilizzo delle risorse proprie e/o delle risorse di cui alla DGR n. X/821/2013 alla data della relativa istanza, l’Azienda Ospedaliera debba obbligatoriamente provvedere in via prioritaria con tali risorse nella propria disponibilità.

Le Aziende già autorizzate nel corso del 2013 ad utilizzare le risorse proprie disponibili nel bilancio d’esercizio al 30.06.2013, dovranno esporre nel piano investimenti 2014, da approvarsi nel Bilancio Preventivo Economico 2014, la quota residua non utilizzata nell’esercizio 2013 e l’oggetto dell’intervento.

Nel piano investimenti 2014 dovranno altresì essere esposte le risorse residue di cui all’allegato A della DGR n. 821/2013, non utilizzate nel corso dell’esercizio 2013.

Nel piano investimenti 2014 dovranno trovare allocazione anche le risorse residue assegnate nel 2013 a copertura dell’ammortamento degli investimenti autofinanziati.

Per tutte le risorse esposte nel piano investimenti 2014, qualsiasi sia la fonte di finanziamento, dovranno necessariamente essere indicati i relativi interventi.

A partire dal 2014 nell’ambito della valutazione delle istanze pervenute dalle Aziende la Direzione Generale Salute, avvalendosi a tal fine anche della collaborazione di Infrastrutture Lombarde, effettuerà un’analisi sullo stato di fatto dei fabbricati interessati dall’intervento che permetta di valutare in modo più analitico la fattibilità effettiva del progetto in termini tecnico-economici.

Indicazioni in ordine ad arredi e attrezzature

Si richiama e si ribadisce quanto disposto al punto 36 della D.G.R. n. IX/2057 del 28 luglio 2011 che recita quanto segue:

- i Direttori Generali delle aziende sanitarie pubbliche sono chiamati al rispetto rigoroso dei tempi di realizzazione nonché delle voci che costituiscono il Quadro Tecnico Economico in particolare per quanto attiene alla garanzia della necessaria copertura economica per arredi, attrezzature ed apparecchiature tecnologiche;
- l’eventuale differente allocazione di risorse rispetto al Quadro Tecnico Economico di progetto che comporti la 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;

Ad integrazione di quanto sopra all'interno del Quadro Tecnico Economico di ciascun progetto deve essere prevista una percentuale idonea per arredi, attrezzature e apparecchiature tecnologiche affinché non sia pregiudicata la funzionalità dell'intervento. Qualora tale previsione non sia soddisfatta eventuali istanze di finanziamento non potranno essere prese in considerazione.

2.7.2. PIANO DI INVESTIMENTI FINALIZZATO ALL'EFFICIENTAMENTO DEL SISTEMA

Nel corso del 2014 sarà avviato un programma che preveda la presentazione, da parte della Aziende Sanitarie, di progetti esclusivamente finalizzati al recupero di efficienza economico-gestionale.

A tal fine la Giunta regionale approverà un provvedimento che stabilirà:

- gli ambiti di intervento (centralizzazione laboratori, quartieri operatori, logistica, farmacie, sterilizzazione, riduzione locazioni ecc.);
- le risorse complessive destinate al programma;
- i criteri di ammissibilità dei progetti;
- le modalità di presentazione delle istanze;
- le modalità di valutazione dei progetti.

Peculiarità dei progetti dovranno essere la reale consistenza degli impatti economici positivi sulla spesa corrente a breve-medio termine, le sinergie interaziendali, l'effettiva fattibilità in termini tecnico-economici.

2.7.3. AMMODERNAMENTO DEL PATRIMONIO TECNOLOGICO DELLE AZIENDE SANITARIE

Flusso delle tecnologie e gestione dell'inserimento di nuove apparecchiature

Un capitolo specifico merita l'ammmodernamento del patrimonio tecnologico delle aziende sanitarie.

Nel corso del 2013 sono stati effettuati ingenti investimenti su questa tipologia di interventi:

- la legge regionale n. 18/2012 e le successive delibere attuative hanno consentito alle aziende sanitarie di porre rimedio al rinnovo del parco tecnologico ormai obsoleto, destinando per tale finalità circa 30 milioni di euro;
- nell'ambito dell'attuazione della legge di assestamento di bilancio sono stati messi a disposizione delle aziende sanitarie ulteriori 55 milioni di euro (a cui vanno aggiunte le risorse proprie autorizzate) di cui una parte potenzialmente destinata a rinnovare le attrezzature e le apparecchiature sanitarie, in coerenza con le priorità individuate dalle Aziende Sanitarie.

Tenuto conto dello sforzo profuso dal sistema affinché tutte le aziende sanitarie possano garantire lo svolgimento delle attività, e in considerazione della revisione delle reti che comporterà la conseguente valutazione aggiornata delle necessità in termini di dotazione strumentale, la Direzione Generale Salute ha costituito nel corso del 2013 la "Commissione per le tecnologie sanitarie".

A tal fine si precisa che a partire dal 1° gennaio 2014 sarà reso obbligatorio per tutte le aziende sanitarie l'aggiornamento del "flusso informativo per il monitoraggio delle grandi apparecchiature sanitarie in uso presso le strutture sanitarie" che permette di avere costantemente lo stato di consistenza delle apparecchiature tecnologiche presenti all'interno delle aziende pubbliche, limitatamente alle categorie individuate a livello nazionale e cioè:

- Tomografo assiale computerizzato (TAC)
- Tomografo a Risonanza Magnetica (RMN)
- Acceleratore Lineare (ALI)
- Sistema robotizzato per chirurgia endoscopica (ROB)
- Sistema TAC/PET (SSP)
- Gamma Camera Computerizzata (GCC)
- Sistema TAC/Gamma Camera (GTT)

Nel corso del 2014 la Commissione avrà il compito di estendere la tipologia delle classi da mappare, al fine di coadiuvare in modo analitico le scelte relative alle acquisizioni sia in termini di priorità di intervento che in termini di appropriatezza.

A tal fine a partire dal 2014, fermo restando quanto indicato nel paragrafo relativamente alle indicazioni in ordine alla programmazione degli interventi, eventuali richieste di acquisizione di apparecchiature di valore superiore a 250.000 euro rientranti nelle classi sopra specificate (anche acquisite attraverso noleggi, service o finanza di progetto), dovranno essere accompagnate da una relazione istruttoria, validata dall'organismo di valutazione del codice etico e dai revisori dei conti in grado di dimostrare:

- il rationale dell'intervento rispetto all'attività istituzionale svolta dall'azienda;
- il livello di priorità di intervento e le sue motivazioni;
- la coerenza dell'intervento quadro degli indirizzi di programmazione sanitaria regionale e territoriale;
- i costi di gestione sorgenti e cessanti che derivano dall'intervento e la loro copertura nell'ambito delle risorse di bilancio aziendali.

Le istanze saranno oggetto di valutazione da parte della Commissione per le tecnologie sanitarie. Priorità nella valutazione delle necessità sarà posta alla sostituzione delle tecnologie vetuste che non consentono l'erogazione delle prestazioni con adeguati livelli di sicurezza, anche in termini di continuità del servizio.

2.7.4. NUOVI OSPEDALI E PROGETTI STRATEGICI

Nel corso del 2014 saranno attivati alcuni progetti strategici (nuovi ospedali, importanti ristrutturazioni e ampliamenti) quali, a solo titolo di esempio, Niguarda Blocco Nord, Nuovo Ospedale di Garbagnate, Nuovo DEA Fondazione Policlinico San Matteo di Pavia, Ampliamento Ospedale di Gavardo, ristrutturazione Ospedale di Vizzolo Predabissi.

L'attivazione di tali nuove costruzioni, che si affiancano a quelle già messe in esercizio nel corso dell'ultimo biennio, in considerazione anche degli impatti economici che comportano, dovranno necessariamente essere accompagnate da un percorso che consenta a livello territoriale di ottimizzare i costi di gestione potendo contare su moderne ed efficienti strutture in grado di concentrare maggiormente le attività con conseguenti positive ricadute economiche a livello di

sistema. Tale percorso potrà essere attuato anche in considerazione delle risorse disponibili per gli investimenti indicate nelle premesse.

2.7.5. INDICAZIONI IN ORDINE A VARIANTI IN CORSO D'OPERA E AD ECONOMIE DA RIBASSI

Fermo restando il rispetto della normativa vigente in materia di lavori pubblici e la piena responsabilità dell'Ente appaltante, a completamento di quanto riportato nelle regole degli anni precedenti si precisa quanto segue:

- 1) Le perizie suppletive e di varianti, di cui all'art. 132, c. 1, lettera b del D. lgs. n. 163/2006, oltre ad essere adeguatamente motivate, descritte e quantificate, determinate da eventi non noti o non prevedibili nella fase progettuale, e tali da non modificare sostanzialmente il progetto originario (regola generale per le perizie suppletive e di varianti) potranno essere validate solo qualora si riscontrino e risulti chiaramente che la Stazione appaltante sia totalmente estranea alle cause che hanno determinato la necessità della variante.

In tale ambito, in particolare, non saranno consentite perizie suppletive e di varianti per variazioni di layout previste a seguito dell'avvicendamento della Direzione Strategica dell'Azienda Ospedaliera, anche nel caso che la stazione appaltante sia Infrastrutture Lombarde SPA. Potranno essere prese in considerazione solo variazioni di layout che determinino una variante rispetto al progetto approvato, secondo quanto consentito dall'art. 132, comma 3, primo periodo, del d.lgs. n. 132/2006, senza incremento rispetto all'importo contrattuale.

Si ricorda infatti che le varianti, anche laddove trovino copertura finanziaria all'interno del quadro economico, sono oneri aggiuntivi e in quanto tali a carico della Pubblica Amministrazione.

- 2) Relativamente a quanto stabilito nella d.g.r. n. IX/4334 del 26/10/2012 e successiva circolare attuativa, si ribadisce che anche per le varianti di importo inferiore a 300.000 euro (per le quali a regole vigenti non è prevista la richiesta di validazione), dovrà essere richiesta l'autorizzazione alla Direzione Generale Salute per l'utilizzo dei ribassi di gara, qualora tali risorse concorrano a finanziare la perizia.
- 3) Si ribadisce che non potranno essere validate preventivamente perizie suppletive e di varianti e non si potrà autorizzare l'utilizzo del ribasso d'asta, qualora le opere oggetto di perizia siano in fase di realizzazione.
- 4) Nel caso di riserve iscritte nei documenti di contabilità dei lavori, in via generale le relative risorse devono considerarsi non disponibili e pertanto non utilizzabili per il finanziamento di eventuali perizie di variante. Qualora situazioni di necessità e urgenza dovessero suggerire l'utilizzo dei fondi residui sui quadri economici, pur in presenza di riserve iscritte in registro di contabilità, la Stazione Appaltante dovrà preventivamente acquisire una relazione riservata da parte del Direttore dei Lavori, ed eventualmente dalla commissione di collaudo in corso d'opera, approvarla ed esprimersi sotto la propria responsabilità sul potenziale "rischio" di riconoscimento delle riserve.

3. INTERVENTI PER IL MIGLIORAMENTO DI QUALITÀ ED APPROPRIATEZZA NEL SISTEMA SANITARIO REGIONALE LOMBARDO

3.1. INTERVENTI PER IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ

3.1.1. VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE ASL NELL'AREA «PREVENZIONE»: AVVIO DEL PERCORSO DI BENCHMARKING

Utilizzando le informazioni messe a disposizione dai flussi informativi correnti, è possibile individuare una serie di indicatori di diversa tipologia (processo, outcome, ecc.) che riguardano vari ambiti di prevenzione, confrontarli ed elaborarli al fine di valutare la performance dei servizi di prevenzione delle diverse ASL, di orientare le scelte sulle attività future e di rendere omogenei gli strumenti utili per la valutazione dei progetti che costituiranno l'emanando Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018. Successivamente si procederà ad attuare programmi di auditing finalizzati al miglioramento dell'efficacia ed efficienza delle attività di prevenzione.

Nel 2014 verrà definito e condiviso con le ASL il set di indicatori di esito e di processo nei vari settori afferenti alla prevenzione. Inizialmente verranno considerate le aree riferite ai LEA anche nell'ottica di successivo confronto interregionale.

3.1.2. INTERVENTI DI MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLA RETE DI OFFERTA ASSISTENZIALE

Il miglioramento continuo della qualità è un programma integrato a gestione aziendale di cambiamenti organizzativi disegnato per generare e sostenere una cultura di miglioramento continuo basato su una definizione di qualità orientata sull'utente. Nella qualità dell'assistenza sanitaria coesistono i temi relativi ad un'appropriata erogazione di interventi efficaci sotto il profilo clinico ed organizzativo ed efficienti per garantire la sostenibilità del sistema.

Regione Lombardia con il "Programma Regionale di Sviluppo della X Legislatura" (d.c.r. n. 78 del 09.07.2013) promuove un'azione di governo volta al mantenimento dell'attuale elevato livello qualitativo delle cure e l'alta reputazione che il sistema sanitario regionale lombardo ha anche a livello internazionale. L'Unione Europe promuove la qualità dei Sistemi Sanitari nella proposta di Regolamento del Parlamento Europeo e del Consiglio sulla istituzione del programma "Salute per la Crescita" - 3° programma pluriennale d'azione della UE in materia di salute per il periodo 2014-2020 - dove all'obiettivo n. 2 sono indicate le modalità per *"migliorare l'accesso alle competenze mediche e alle informazioni concernenti patologie specifiche, anche su scala transnazionale, e lo sviluppo di situazioni condivise e orientamenti per migliorare la qualità della sanità e la sicurezza dei pazienti allo scopo di migliorare l'accesso ad una assistenza sanitaria migliore e più sicura per i cittadini europei"*.

Il Programma di Miglioramento continuo della qualità e sicurezza del paziente del SSR risponde alle esigenze di appropriatezza e di uso più efficiente delle risorse, di verifica della qualità delle

strutture attraverso l'implementazione del Piano integrato per il Miglioramento dell'organizzazione.

La predisposizione del Piano Integrato per Il Miglioramento dell'Organizzazione, con la metodologia e gli strumenti proposti, intende:

- supportare le direzioni strategiche nella programmazione pluriennale e annuale delle attività, attraverso la visione sistemica ed integrata dell'organizzazione, secondo uno sviluppo dinamico temporale;
- rafforzare il collegamento fra le scelte strategiche di medio-lungo periodo e gli strumenti di attuazione, oggi, principalmente orientati al breve periodo;
- favorire il collegamento degli strumenti istituzionali di programmazione e gestione, senza incrementarli né duplicarli, sintetizzando nel modello proposto le diverse aree e gli ambiti di interesse, a vantaggio della coerenza della decisione strategica;
- condurre l'organizzazione alla creazione di valore; per fare ciò è universalmente riconosciuta la necessità di superare la logica della sola visione economico-finanziaria, insufficiente allo scopo e di orientare l'attenzione sui processi aziendali;
- rendere evidenti il percorso per il miglioramento continuo e gli strumenti necessari, prevedendo il coinvolgimento di tutti i livelli dell'organizzazione;
- promuovere lo sviluppo del patrimonio di competenze multidisciplinari delle organizzazioni, riguardo le metodologie del miglioramento continuo;
- considerare le Aree Chiave per la creazione di valore e attuare la loro valutazione ai vari livelli dell'organizzazione;
- promuovere la comunicazione interna ed esterna: dei risultati raggiunti in tutti gli ambiti, in termini di benefici per i cittadini, dei progressi ottenuti, del corretto ed appropriato uso delle risorse, degli obiettivi per il miglioramento continuo.

La Direzione Strategica garantisce la realizzazione del Piano integrato per il Miglioramento dell'organizzazione.

Il Responsabile per la Qualità è il gestore di tutti elementi in ingresso e del coordinamento con le singole Strutture che devono fornire al Responsabile per la Qualità la documentazione di competenza.

Il Piano integrato per il Miglioramento dell'organizzazione deve essere adeguato e differenziato per livelli organizzativi:

- istituzionale;
- delle direzioni strategiche;
- delle direzioni operative.

La Direzione Strategica ha la responsabilità:

- di gestire il processo di pianificazione, programmazione e monitoraggio del miglioramento dell'organizzazione;
- di assicurare che il processo di pianificazione, programmazione e monitoraggio del miglioramento dell'organizzazione sia realizzato tramite il Responsabile per la Qualità.

Le Strutture di line e di staff della Direzione Strategica hanno la responsabilità di:

- effettuare il riesame di competenza, a consuntivo dell'anno;
- proporre obiettivi operativi di miglioramento;
- attuare, per le parti di competenza, il Piano integrato per di miglioramento dell'organizzazione approvato;

- misurare e monitorare le attività.

Gli strumenti identificati per il monitoraggio e la valutazione sono:

- la check-list di autovalutazione applicata a tutte le strutture ospedaliere lombarde;
- gli Indicatori di valutazione degli ospedali e di monitoraggio interno dei processi, per monitorare e valutare le aree indicate nella check-list di autovalutazione.

Check list di autovalutazione

La check-list di autovalutazione è lo strumento di verifica dei processi aziendali.

Nella check-list sono sviluppate le aree di interesse per il monitoraggio e valutazione dei processi interni, sono indicate, per ogni item, le modalità di verifica ed i relativi punteggi da assegnare. Le autovalutazioni sono state attivate per tutte le strutture di ricovero e cura pubbliche e private accreditate e a contratto con il SSR, attraverso il sistema SMAF (sistema modulare d'accoglienza flussi) così come prevede la gestione dei debiti informativi. La check-list di autovalutazione inserita nel sistema prevede la compilazione semestrale, seguendo le indicazioni relative all'anno 2014, e l'invio con la tempistica così definita:

- 1° semestre: entro il 31 gennaio 2014
- 2° semestre: entro il 31 luglio 2014

La check-list, nominata "autovalutazione-unica", è uno strumento che permette di monitorare le performance qualitative delle strutture ospedaliere lombarde anche in un'ottica di valutazione esterna da parte di Regione Lombardia.

Indicatori di valutazione degli ospedali e di monitoraggio interno dei processi

Sono utilizzati dalle strutture al fine di monitorare i processi aziendali, nell'ottica di un continuo miglioramento della qualità dell'assistenza ospedaliera; questi indicatori si sviluppano dalla check-list di autovalutazione che include al suo interno degli item specifici sul tema per il monitoraggio delle strutture; in particolare, indica le seguenti aree entro le quali identificare degli indicatori:

- procedure cliniche assistenziali;
- uso di antibiotici e altri farmaci;
- errori di terapia e near miss della terapia farmacologica;
- uso di anestesia e sedazione;
- documentazione sanitaria;
- ciascun obiettivo internazionale della sicurezza;
- efficienza gestionale dei processi amministrativi;
- controllo degli eventi che mettono a repentaglio la sicurezza di pazienti e familiari;
- controllo degli eventi che mettono a repentaglio la sicurezza degli operatori;
- andamento delle infezioni correlate all'assistenza.

Ogni struttura, in funzione delle proprie necessità, identificherà le aree da monitorare e gli indicatori necessari a tale scopo, nell'ottica di un continuo miglioramento della qualità dell'assistenza ospedaliera.

Le scelte strategiche effettuate devono essere orientate alla struttura sanitaria nel suo complesso, alla qualità dei risultati di salute da raggiungere, sia per i singoli utenti dei servizi, sia per la intera comunità; gli obiettivi di miglioramento rappresentano tutte le dimensioni della qualità: efficacia, tempestività, sicurezza, efficienza, equità e orientamento al cittadino.

Per valorizzare le informazioni fornite dai sistemi interni di valutazione dei processi l'organizzazione, ai vari livelli direzionali, deve integrare gli strumenti di valutazione dei propri processi quali la Check-list di autovalutazione, le informazioni generate dalla applicazione degli

strumenti di rilevazione del rischio applicati a tutti gli ambiti dell'azienda e a tutti i processi, nonché dei report provenienti dai sistemi di auditing. L'organizzazione deve dare evidenza ai risultati da essi generati traducendo in obiettivi specifici le aree non completamente raggiunte o critiche.

Per la realizzazione del Piano integrato per il Miglioramento dell'organizzazione è stato predisposto un Manuale utile per il supporto ed accompagnamento alle strutture. Il Manuale è in fase di revisione e sarà reso disponibile nel 2014.

Regione Lombardia, nella D.G. Salute, intende proseguire nell'attività di sviluppo e supporto del miglioramento continuo con la collaborazione dei Responsabili della Qualità attraverso l'istituzione di un network dedicato.

3.1.3. GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Nell'odierno contesto operativo, il documento prodotto, sia esso sanitario che amministrativo, è sempre più il risultato di un processo, di varia complessità, lungo il quale può aversi l'intervento di una pluralità di operatori-professionisti sanitari e non.

Nuovi modelli organizzativi e l'*Health Information Technology* hanno portato significativi influssi sul prodotto-documento.

Se molteplici erano i fattori che, già in passato, erano in grado di influenzarne la qualità, prevalentemente sotto il diretto controllo del redattore, oggi lo scenario è più complesso e alcuni elementi costitutivi di non pochi documenti dipendono dall'agire di operatori diversi e/o dal ruolo delle tecnologie.

Le fasi del ciclo vitale dei documenti successive al loro perfezionamento, consegna al destinatario, custodia, conservazione ed eventuale scarto, soggiacciono anch'esse a una serie di interventi di operatori e di strumenti di comunicazione.

Ogni segmento costitutivo del percorso che conduce al perfezionamento di un documento richiede il rispetto di regole di sicurezza e di qualità, oltre che l'individuazione di chi ne ha la responsabilità, per contribuire alla generazione di un prodotto finale adeguato.

Le organizzazioni, al fine di garantire adeguata sicurezza al paziente, sono chiamate a mettere in essere tutte le misure necessarie ad assicurare coerenza, tempestività e completezza nella fase di produzione/compilazione della documentazione con particolare attenzione alle situazioni caratterizzate dalla presenza combinata di parti su supporto cartaceo e parti in formato elettronico.

I temi della conservazione e della tutela del patrimonio documentale devono essere opportunamente sviluppati e applicati all'interno delle organizzazioni.

Regione Lombardia ha adottato due strumenti di riferimento su questi temi.

La Deliberazione n. 4659 del 09.01.2013 con cui la Giunta Regionale - a seguito di parere positivo della Soprintendenza Archivistica per la Lombardia del 21.12.2012 - ha approvato il "Manuale per la gestione della documentazione Sanitaria e socio sanitaria".

Il Manuale rappresenta lo standard di riferimento per la produzione di documentazione sanitaria di qualità adeguata.

La DGR n. X/325 del 27.06.2013 "Approvazione del titolare di classificazione e massimario di scarto della documentazione del sistema sanitario e sociosanitario regionale lombardo (di concerto con l'assessore Cantù)" ha approvato il documento in oggetto, redatto da Regione Lombardia in collaborazione con la Soprintendenza Archivistica per la Lombardia, che è il riferimento per l'ordinamento e per la classificazione dei documenti prodotti, finalizzata alla conservazione e all'eventuale scarto degli stessi.

I suddetti documenti sono stati presentati nei corsi di formazione organizzati dalla Direzione Generale Salute durante l'anno 2013.

Dal 1° Gennaio 2014 ogni ente si dota del titolare e del massimario di scarto sopradescritto, approvato dalla Soprintendenza archivistica per la Lombardia e avvia il processo di produzione della documentazione secondo i criteri minimi definiti nel suddetto Manuale. Gli enti, anche attraverso l'ausilio di gruppi di lavoro aziendali multidisciplinari e multiprofessionali, orientati al miglioramento della qualità della documentazione prodotta, si dotano di modalità operative e procedure che consentano di produrre, gestire e tutelare il patrimonio informativo dei propri assistiti.

3.2. INTERVENTI PER IL MIGLIORAMENTO DELL'APPROPRIATEZZA CLINICA

3.2.1. APPROPRIATEZZA DELLE PRESTAZIONI DI PREVENZIONE ONCOLOGICA

I programmi di screening

I programmi di screening, così come attivati in Lombardia, hanno prioritariamente svolto un ruolo organizzativo e valutativo specifico dell'offerta di prestazioni di prevenzione secondaria in una logica di evidenza di efficacia ed equità di accesso.

Nello sviluppare il proprio operato i programmi di screening hanno acquisito forti competenze nelle dimensioni dell'appropriatezza e della qualità dei percorsi diagnostico terapeutici.

Più specificatamente, lo screening sta diventando, come volumi e come impatto sulle patologie, uno dei percorsi oncologici privilegiati in Lombardia e pertanto si rende necessario un maggiore livello di integrazione con l'organizzazione del servizio sanitario regionale, superando il concetto di "competenza organizzativa e valutativa" dei soli *responsabili di screening*, prevalentemente nell'ambito dei Dipartimenti di Prevenzione Medici. In continuità con gli anni precedenti e con le indicazioni nazionali sono confermati gli obiettivi riferiti alle performance di qualità dei flussi e di risultato, anche in riferimento agli indicatori LEA.

Mammella

- due livelli di raggiungimento dell'obiettivo di adesione >60% (raggiunto) ≥70% (eccellenza)
- monitoraggio dei cancri di intervallo 2010

Colon

- due livelli di raggiungimento dell'obiettivo di adesione > 45% (raggiunto) >55% (eccellenza)
- monitoraggio dei cancri di intervallo 2007 in seguito a fobt negativo / colon negativa

Cervice uterina

- ASL con programma screening : estensione 95% - adesione >40%
- ASL senza programma di screening: chiamata attiva per pap test delle donne (25 – 29 anni) per le quali non è possibile identificare una prestazione di Pap Test nei flussi 28SAN e 13 FAM nei tre anni precedenti

Stante la necessità di aggiornare le indicazioni di cui alla DGR 6683/2007 "Programma per la prevenzione del carcinoma della cervice uterina in Regione Lombardia" (e successive circolari 15/SAN 2008 e 5/SAN 2010) alla luce della validazione da parte della comunità scientifica del test per la rilevazione del DNA del Papilloma virus (già oggetto del "Progetto pilota per l'utilizzo del test HPV come test di primo livello nella prevenzione del cervicocarcinoma, nell'ambito del programma

di screening organizzato dell'ASL di Vallecamonica-Sebino" nell'ambito del progetto CCM 2008 "Studio multicentrico di fattibilità dell'utilizzo del test HPV come screening primario in aree del centro-nord con caratteristiche diverse di densità di popolazione (aree montane, aree metropolitane, città di medie e piccole dimensioni) e di accesso a programmi di screening"), la DG Salute, d'intesa con la DG Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato e con il coinvolgimento delle ASL, avvierà un percorso per la definizione di un atto di indirizzo regionale di riorganizzazione complessiva dell'offerta.

Sono inoltre confermati gli obiettivi di appropriatezza dei processi di integrazione tra Soggetti del Sistema (ASL, Strutture sanitarie), anche in riferimento agli obiettivi riferiti a ROL e appropriatezza PDTA oncologici, e dei processi di comunicazione finalizzati al raggiungimento di popolazioni fragili e/o non rispondenti.

Integrazione dei programmi di screening nelle azioni di sistema

Nel 2014 verranno avviate azioni in riferimento ai seguenti aspetti:

- con ddg 7248/08, ddg 2548/2002, ddg 32012/01, ddg 26954/00 e 15san2010, sono stati definiti i requisiti organizzativi e strutturali dei programmi di screening. Nel 2014 si prevede l'avvio di un percorso di condivisione di tali requisiti nell'ambito delle attività di controllo delle strutture erogatrici, che verrà dettagliato con successive indicazioni dalla DG Salute;
- alcuni sistemi di informazione presenti nelle ASL (Registro Tumori, Anatomie Patologiche) sono naturali partner dello screening nell'ambito di una piena e completa valutazione del guadagno di salute di tali programmi. Nella prospettiva di superamento di un rapporto attualmente "volontaristico" tra questi sistemi di informazione e screening, verso una azione coordinata di sistema, nel 2014 le ASL definiscono un percorso di valutazione dei tumori screen detected e non screen detected e dei relativi percorsi diagnostico-terapeutici e di esito – sopravvivenza;
- con il coinvolgimento delle ASL, la DG Salute avvierà un percorso per la messa "in comune" a livello regionale delle informazioni disponibili sia sulla registrazione dei tumori che sui dati delle anatomie patologiche.

3.2.2. GOVERNO DELLA DOMANDA E APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA

Si ritiene indispensabile garantire il proseguimento degli interventi per migliorare l'appropriatezza di erogazione delle prestazioni; interventi in grado di prevenire e controllare fenomeni di improprio assorbimento di risorse da parte di prestazioni non necessarie ed a volte dannose.

Nel 2014 saranno fornite indicazioni per il miglioramento dell'appropriatezza di quelle attività diagnostiche caratterizzate da elevati volumi di erogazione di produzioni e difficoltà all'accesso.

In particolare si procederà a definire le condizioni di erogabilità, condivise con i professionisti interessati, sia erogatori che prescrittori, di alcune prestazioni (TC e RMN osteoarticolari, PET e endoscopie digestive).

Tali condizioni di erogabilità rappresenteranno la direttrice fondamentale entro cui i prescrittori faranno riferimento per effettuare le richieste di prestazioni coerenti ai livelli assistenziali.

Si procederà pertanto alla classificazione e codifica delle principali condizioni di erogabilità delle prestazioni e, per facilitare l'inserimento del quesito diagnostico da parte dei prescrittori, verranno predisposti degli specifici adeguamenti nei domini centrali per consentire una completa interazione con i software in uso.

Per quanto riguarda in particolare le prestazioni di Medicina di laboratorio, anche in considerazione della stima per cui oltre il 30 % delle analisi sono prescritte in modo inappropriato,

nel 2014 si prevede di sviluppare ulteriormente le indicazioni prescrittive da applicarsi per tutte le prescrizioni a carico del Servizio Sanitario al fine di migliorarne l'appropriatezza.

Per l'anno 2014 si prevede, in particolare da parte degli Enti di diritto pubblico, l'adozione di criteri e algoritmi che tengano conto dei principi sopra declinati, per la valutazione dell'appropriatezza nella prescrizione delle prestazioni svolte per pazienti ricoverati, anche prevedendo lo sviluppo di appositi strumenti informatici. Gli Enti pubblici dovranno documentare alla DG Salute le attività svolte in tale ambito. Tale intervento concorrerà all'obiettivo di riduzione della spesa per dispositivi medici (reagenti). In particolare è attesa una riduzione minima dal 5% al 10% del numero di determinazioni per interni e conseguentemente dei costi variabili dell'attività di laboratorio per interni.

Si valuterà inoltre la possibilità di definire "privilegi prescrittivi" in modo che talune analisi specialistiche possano essere richieste solo da specialisti che ne abbiano titolo.

Al fine di migliorare il governo della domanda di analisi genetiche, caratterizzata oggi da una crescita esponenziale, non sempre legata a comprovata efficacia clinica, verrà aggiornata, entro il mese di febbraio 2014, la delibera n. IX/4716/2013 seguendo le seguenti linee:

- prescrivibilità delle analisi, laddove opportuno, all'interno di un percorso di consulenza genetica e comunque seguendo criteri di appropriatezza indicati da linee guida nazionali/internazionali;
- aggiornamento delle tariffe delle analisi alla luce dei migliori prezzi di mercato disponibili;
- definizione e riconoscimento all'interno del nomenclatore tariffario delle sole analisi genetiche e relative metodiche di esecuzione, per le quali esistano evidenze di ricaduta clinica in ambito assistenziale e non esistano altre analisi meno costose in grado di avere la medesima valenza diagnostica.

3.2.3. REGOLAMENTAZIONE DEGLI ACCESSI IN PRONTO SOCCORSO

In seguito all'Accordo Stato Regioni del 25 marzo 2009, Regione Lombardia ha siglato una convenzione con AGENAS al fine di partecipare alla sperimentazione ed alla realizzazione dell'"Obiettivo prioritario e di rilievo nazionale: cure primarie, assistenza H24 e riduzione degli accessi impropri al Pronto Soccorso e miglioramento della rete assistenziale".

Attraverso la D.G.R. n. IX/3379 del 9 maggio 2012 sono stati istituiti gli Ambulatori per i codici minori, allo scopo di favorire le condizioni che permettessero, all'interno del Pronto Soccorso coinvolti, di migliorare la qualità della prestazione sui codici urgenti, ridurre l'inappropriatezza dell'accesso, razionalizzare le prestazioni sanitarie rivolte ai codici di accesso che identificano i pazienti con bassa priorità alla visita e favorire il rientro di questi pazienti alle cure territoriali.

La deliberazione di Giunta Regionale n. X/63 del 24/04/2013 ha fornito precise indicazioni alle Direzioni Strategiche delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere per rendere esecutivo quanto sopra esposto.

Il P.R.S. all'interno delle Principali Linee strategiche esprime che: "l'evoluzione del sistema sanitario è quindi fortemente caratterizzata dal continuo recupero di forme di efficienza ed insieme di appropriatezza delle prestazioni (si pensi alla contrazione dei tassi di ospedalizzazione, agli investimenti in prevenzione, al potenziamento delle attività ambulatoriali, all'ottimizzazione del pronto soccorso e delle reti di emergenza urgenza, alla garanzia della continuità di cura)".

Per il 2014 è previsto il proseguimento del progetto Codici Minori e Pronto Soccorso.

Sarà effettuato monitoraggio periodico dell'impatto sulla riduzione degli accessi impropri al Pronto Soccorso e saranno valutati gli attuali modelli organizzativi, al fine di favorire ulteriore sviluppo e coerenza (anche economica e di raffronto tra le varie aziende interessate).

Gli ambulatori hanno la finalità di garantire una prima risposta sanitaria ai pazienti che non presentano patologie con carattere di emergenza urgenza; al fine di garantire una reale continuità di cura, il paziente deve essere indirizzato al territorio.

La realizzazione di questo modello consente la gestione dei pazienti in condizioni di non urgenza ed al contempo li educa ad un corretto utilizzo dei servizi di emergenza-urgenza.

Le AO e le ASL devono individuare nel 2014, all'interno delle diagnosi più numerose degli accessi impropri al PS, percorsi condivisi diagnostico-terapeutici tra medici dei PS e medici del territorio e favorire la comunicazione tempestiva e puntuale e la condivisione dei dati clinici del paziente.

Deve essere prevista l'ottimizzazione delle risorse, così che siano coerenti con l'attività ambulatoriale. Deve essere salvaguardata la vocazione del Pronto Soccorso per l'urgenza emergenza e devono essere restituiti i pazienti al territorio.

È importante immaginare e sperimentare modalità di comunicazione tra PS e MMG/PLS che non interferiscano con il lavoro clinico, ma consentano un contatto rapido quando una decisione dipende dalla collaborazione dei due livelli ed utilizzare al meglio informazioni e competenze, evitando la duplicazione degli interventi.

Può essere prevista ed implementata, negli ambulatori dei codici minori, la presenza dei medici del territorio.

Va infine posta attenzione al costante monitoraggio, da parte delle aziende, del rispetto dell'attribuzione del corretto codice in dimissione per i codici minori, anche al fine dell'applicazione della quota di compartecipazione all'assistito. Le ASL sono tenute, attraverso i NOC, a compiere verifiche sulla corretta adozione della procedura nelle sole aziende in cui la percentuale di codici bianchi che scosta significativamente dalla media regionale.

3.2.4. INTERVENTI PER VALUTARE L'ADESIONE A LINEE GUIDA E PDTA

Negli ultimi anni la produzione di linee guida e di PDTA ha ricevuto dalla comunità professionale e dalle società scientifiche fondamentali contributi per sistematizzare in tal senso tutte le principali patologie. Tali linee guida, molto partecipate e condivise, non hanno però ricevuto lo stesso tipo di adesione quando si è trattato di passare dal livello teorico a quello pratico. Un passo in avanti a questo punto è indispensabile per assicurare ai pazienti un piano di cura appropriato e per dare finalità ad un lavoro di condivisione ed integrazione tra professionisti che ha comportato un rilevante impegno di risorse.

In particolare la verifica dei PDTA si rende necessaria per verificare la presa in cura di pazienti affetti da patologia cronica in quanto la continuità di cura è una condizione fondamentale per evitare riacutizzazioni e complicanze.

L'impegno per il 2014 va pertanto focalizzato sulle modalità con cui intervenire per aumentare il livello di adesione. In tal senso la validazione delle esperienze in atto (tumori mammella e colon-retto, artrite reumatoide, etc.) che hanno accertato la possibilità di ottenere risultati rilevanti utilizzando specifici algoritmi estratti dalla BDA, rappresenta la via da seguire.

Nel corso del 2014 si procederà pertanto a mettere a sistema le principali esperienze in atto ed a organizzare un monitoraggio degli indicatori di processo in grado di rilevare in modo sistematico e continuo il livello di adesione alle linee guida e PDTA da parte dei vari erogatori.

Sarà avviato un processo di valutazione delle reti di patologia attivate (ROL, REL, ReNe, ecc.) attraverso la misurazione, con opportuni indicatori del livello organizzativo delle reti e della

efficienza produttiva con l'obiettivo di riscontrare, attraverso l'evidenza dei punti di forza e delle eventuali criticità, il reale funzionamento in termini di efficacia/efficienza/economicità dell'organizzazione a rete e acquisire elementi per la riprogrammazione degli interventi.

3.2.5. INDIVIDUAZIONE DI PERCORSI SPECIFICI PER LE NUOVE TERAPIE AD ALTO COSTO (EPATITE, ONCOEMATOLOGIA, OCULISTICA)

Per l'anno 2014 si conferma la necessità di individuare, con i professionisti sanitari, percorsi definiti di diagnosi e cura su specifiche aree interessate negli ultimi periodi dall'autorizzazioni di terapie farmacologiche ad alto costo.

La DG Salute attraverso le reti di patologia già attive definirà, nell'area delle epatiti virali (HBV, HCV), dell'oncoematologia e dell'oculistica:

- i percorsi diagnostici terapeutici aggiornati, con il fine di garantire la migliore accessibilità alle cure per i pazienti, la qualità delle prestazioni, la continuità assistenziale attraverso l'ottimizzazione dell'uso delle risorse economiche del sistema;
- gli strumenti di verifica e monitoraggio dell'appropriatezza dei percorsi, anche al fine di prevedere l'aggiornamento e revisione dei centri prescrittori.

3.2.6. RETI DI PATOLOGIA

Le reti di patologia costituiscono una realtà ormai consolidata nel sistema sanitario regionale, realizzando un modello organizzativo che favorisce la collaborazione e la sinergia tra i professionisti della sanità mediante la diffusione di conoscenze e la condivisione collegiale di protocolli di procedura, definiti in base a best practice, per un'opzione terapeutica sempre più efficace, appropriata e sostenibile.

La fase di nuovo impulso e implementazione delle reti di patologia, è garantita prioritariamente dall'azione di governance della D.G. Salute che guida l'integrazione degli attori delle reti stesse, orientandola alla progettazione e costruzione di percorsi condivisi e snodi organizzativi per l'efficientamento del sistema, coerenti con la programmazione e le priorità del governo regionale in campo sanitario.

Partendo dalla piattaforma culturale che si è consolidata nella comunità dei professionisti che operano all'interno delle reti, l'obiettivo prioritario è la trasformazione del modello della rete da "Rete dei professionisti" a "Managed Care Network": ovvero la rete che si "cala" nella realtà assistenziale, tesa a prevedere organicamente, per ogni patologia, Linee Guida e Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA), attraverso il coinvolgimento di tutti gli operatori sanitari negli specifici settori e connotata da un forte orientamento all'innovazione e allo sviluppo della multidisciplinarietà.

L'implementazione delle reti di patologia, sarà supportata da un sistema organizzativo snello in grado di assicurare e integrare il presidio programmatico della DG Salute e il presidio tecnico-scientifico per le attività delle singole reti. In particolare la struttura organizzativa si articolerà in:

- 1) uno *Steering Committee* con funzioni di Cabina di Regia e di Board metodologico propositivo;
- 2) una Segreteria Tecnica per gli aspetti gestionali.

Le attività realizzate da ogni rete, afferiranno a tre distinti e specifici ambiti di intervento:

- 1) Ambito di Governo per il coordinamento e l'efficientamento delle azioni che riguardano l'assistenza al malato;
- 2) Ambito Assistenziale per assicurare l'integrazione tra tutti gli attori della rete;
- 3) Ambito Scientifico per: a) lo sviluppo e aggiornamento delle Linee Guida e dei PDTA di riferimento di ciascuna rete di patologia; b) il coordinamento, sviluppo e ottimizzazione della Ricerca Clinica.

In particolare nel 2014, nell'ambito di ogni rete, saranno definiti e sviluppati, in stretto raccordo con la DG Salute, Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali per le diverse patologie, con particolare attenzione all'appropriatezza clinica coniugata alla razionalizzazione delle risorse e all'adeguata gestione dei farmaci, in particolare, dei nuovi farmaci "ad alto costo".

Nel corso del 2014 sarà avviato, inoltre, un processo di valutazione dell'applicazione dei PDTA delle reti attivate e saranno definite tariffe differenziate premianti quei Centri che aderiscono correttamente ai PDTA.

Per lo sviluppo delle reti di patologia, si prevede lo stanziamento di risorse sino a un massimo di 600.000 euro.

Alla luce della rinnovata governance nell'organizzazione e nelle attività assegnate alle reti di patologia, si prospetta l'opportunità che i compiti spettanti alla Commissione Oncologica e alla Commissione Cardio-cerebrovascolare possano essere in parte riassorbiti dagli Steering Committee delle reti di patologia e in parte nell'ambito del mandato della Commissione Sviluppo Sanità. Quest'ultima, istituita con decreto DG Salute n. 6381/2013, ha infatti funzioni consultive su diversi temi di strategica rilevanza per la programmazione e il governo del Sistema sanitario regionale, tra i quali: lo sviluppo di protocolli di appropriatezza e di *evidence based medicine*; l'indicazione dei principi etici che guidano l'introduzione di innovazioni terapeutiche; il processo di riordino del sistema socio-sanitario; la definizione prescrittiva e l'introduzione di strumenti per un corretto uso dei farmaci e dei dispositivi medici; l'utilizzo di tecniche di *evidence based organization*.

Rete Oncologica Lombarda – ROL

L'attività proseguirà per realizzare il definitivo radicamento della ROL nel Sistema Sanitario Regionale, con l'obiettivo di garantire il valore aggiunto della collaborazione a distanza a vantaggio della qualità della cura, dell'appropriatezza e della sostenibilità economica.

In questa nuova fase di sviluppo della ROL (Fase 4), lo *Steering Committee* sarà costituito tra gli altri, dai 23 Coordinatori dei Dipartimenti Interaziendali Provinciali Oncologici (DIPO), dai rappresentanti delle Società Scientifiche attive in campo oncologico e da un rappresentante dei pazienti oncologici.

Gli Ambiti di organizzazione della rete dove si struttureranno e svilupperanno tutte le attività della Fase ROL 4, avranno le seguenti caratteristiche:

- 1) Ambito di Governo per il monitoraggio della corretta applicazione dei PDTA individuati e il coordinamento di tutti gli interventi di programmazione che riguardano l'assistenza al paziente neoplastico, sia di tipo ospedaliero che erogata sul territorio;
- 2) Ambito Assistenziale per assicurare che la collaborazione tra i DIPO, le ASL, la Medicina delle Cure Primarie, i professionisti, le Società Scientifiche e le Associazioni di Volontariato, sia orientata a produrre e sviluppare modelli di collaborazione assistenziale per l'ottimizzazione delle singole fasi di attuazione dei PDTA;
- 3) Ambito Scientifico finalizzato:

- allo sviluppo e aggiornamento delle Linee Guida prodotte nelle fasi precedenti di progettazione della ROL;
- al coordinamento, sviluppo e ottimizzazione per una maggior qualità della Ricerca Clinica da svolgersi a un livello cooperativo multi-istituzionale;
- allo sviluppo della Ricerca Traslazionale e della Medicina Molecolare, della ricerca in materia di Medicina Predittiva e Personalizzata, della ricerca che riguarda lo sviluppo di farmaci innovativi di ultima generazione utilizzando la piattaforma integrata della Fondazione per la Ricerca Biomedica.

I PDTA ospedalieri, inter ospedalieri e territoriali che costituiranno il Percorso Integrato di Diagnosi e Cura, orientati alla continuità, all'integrazione e alla completezza della presa in carico, sia della Medicina Specialistica che della Medicina delle Cure primarie, saranno sottoposti a valutazione e verifica – in raccordo con le ASL - per quanto attiene alla qualità dei processi e del risultato, attraverso indicatori specifici, anche di esito, che saranno definiti in fase di impianto metodologico dei PDTA stessi. In particolare, sarà valutata l'appropriatezza dei percorsi di diagnosi e cura del carcinoma mammario e del carcinoma del colon retto in relazione allo stadio evolutivo della malattia. In tal senso, saranno fornite le opportune indicazioni per l'inserimento nel flusso informativo delle schede di dimissione ospedaliera (SDO) delle notizie relative alla stadiazione dei tumori.

Rete Ematologica Lombarda – REL

Proseguiranno le attività della Rete al fine di garantire la migliore accessibilità alle cure, la qualità delle prestazioni, la continuità assistenziale in questa delicata fase di evoluzione della medicina in ambito ematologico ed onco-ematologico che necessita di attente politiche di controllo e razionalizzazione dei costi.

Le linee di sviluppo della nuova fase della rete – Fase REL 2 - si basano, in stretta sinergia con le indicazioni della DG Salute, sulle esperienze e sui risultati fino ad oggi acquisiti.

Gli ambiti di organizzazione della rete, dove si struttureranno le attività della Fase REL 2, avranno le seguenti caratteristiche:

- 1) Ambito di Governo per lo sviluppo di un modello assistenziale “*patient oriented*”, che vede la messa in rete dei Poli di alta specialità e dei Centri periferici che trattano patologie ematologiche al fine di garantire a tutti i pazienti, percorsi diagnostici e terapeutici omogenei, di elevato valore scientifico attraverso l'integrazione delle competenze, la condivisione delle conoscenze e l'ottimale utilizzo delle risorse, in grado, inoltre, di eliminare rischi e sprechi conseguenti alla frammentazione, ripetizione, inefficacia dell'offerta di servizi e prestazioni;
- 2) Ambito Scientifico finalizzato:
 - alla continuità nella definizione, applicazione e monitoraggio di PDTA, in quanto strumenti che consentono di coniugare rigore scientifico e metodologico, qualità delle cure, equità delle prestazioni, appropriatezza diagnostica e terapeutica;
 - alla prosecuzione ed ampliamento dei registri di patologia per il monitoraggio clinico ed epidemiologico delle principali patologie ematologiche: sviluppo di studi *real life*, di *outcome research*, di *effectiveness* e monitoraggio dei profili di sicurezza dei farmaci nella fase post-marketing. Studi necessari per la valutazione dell'efficacia dei trattamenti, in particolare per contribuire professionalmente alle decisioni sulla sostenibilità economica della spesa, in merito soprattutto, alla gestione dei farmaci innovativi “ad alto costo”;
- 3) Ambito Assistenziale per la creazione di alleanze e sinergie tra soggetti pubblici e privati, tra professionisti sanitari ed enti regolatori, tra il mondo del volontariato e delle associazioni.

Rete Nefrologica Lombarda - ReNe

Rete Nefrologica Lombarda - ReNe Il progetto della Rete ha la finalità di attivare la corretta presa in carico del paziente nefropatico favorendo la migliore accessibilità da parte dei cittadini alle cure e promuovendo l'integrazione tra centri di riferimento e strutture del territorio. Obiettivo prioritario della Rete è la promozione di percorsi per l'implementazione di un network di professionisti tra le diverse strutture sanitarie per un approccio globale al paziente nefropatico in una prospettiva di appropriatezza, continuità assistenziale e sinergia tra medicina territoriale e specialistica. Uno degli strumenti che facilita la realizzazione di tale traguardo, è la messa a punto di protocolli di indirizzo diagnostico e terapeutico a disposizione dei Medici di Medicina Generale e degli Specialisti nefrologi.

Per il 2014 gli Ambiti di organizzazione della rete, dove si struttureranno e svilupperanno le attività della Fase ReNe 2, avranno le seguenti caratteristiche:

- 1) Ambito Scientifico per l'aggiornamento e la valutazione dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali, nonché delle linee guida rivolte ai Medici Specialisti e ai Medici di Medicina Generale già prodotte dal Gruppo di Approfondimento Tecnico (GAT) "*Network prevenzione diagnosi e cura delle patologie nefrologiche*" – attivato presso la DG Salute.
- 2) Ambito di Governo per la completa realizzazione della infrastruttura informatica a supporto del nuovo archivio regionale di dialisi e trapianto sulla piattaforma SISS e per l'adesione ad esso di tutti i centri dialisi del territorio.

Rete Stroke

Sul territorio nazionale, la Lombardia ha svolto un ruolo "pilota" per quanto riguarda la definizione dei criteri di riconoscimento delle strutture dedicate all'ictus cerebrale (Stroke Unit o Unità di Cura Cerebro - Vascolari) e per la realizzazione di una rete in cui 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.

Con il decreto DG Sanità n. 10068 del 18/09/2008 "*Determinazioni in merito all'organizzazione in rete e criteri di riconoscimento delle Unità di Cura Cerebrovascolari (UCV-Stroke Unit)*" si sono formalizzate le linee di intervento per la realizzazione della rete.

Nel corso degli anni, le attività di sviluppo della rete sono state finalizzate alla definizione, in accordo con AREU, di protocolli locali integrati per il trattamento della fase acuta pre-ospedaliera dei pazienti con ictus e all'estensione progressiva dell'utilizzo dell'archivio regionale STROKE, in collaborazione con Lombardia Informatica. L'archivio ha fra i suoi obiettivi, la raccolta di informazioni per la valutazione dei percorsi adottati nella gestione del paziente con ictus.

Nel corso del 2014 sarà avviato un percorso per l'accreditamento istituzionale delle SU e per la valutazione delle performances della rete attraverso l'opportuno utilizzo dei dati presenti nell'archivio rispetto a riconosciuti standard di riferimento.

Rete STEMI

Le linee operative per la costituzione di una rete regionale per il trattamento dell'infarto miocardico acuto sono state definite con il Decreto n. 10446 del 15/10/2009 ("*Determinazioni in merito alla "Rete per il trattamento dei pazienti con infarto miocardico con tratto ST elevato – STEMI*").

Nel corso degli anni, le attività di sviluppo della rete sono state finalizzate alla definizione, in accordo con AREU, di protocolli locali integrati per il trattamento della fase acuta pre-ospedaliera dei pazienti con STEMI e all'estensione progressiva dell'utilizzo dell'archivio regionale STEMI, in collaborazione con Lombardia Informatica. L'archivio ha fra i suoi obiettivi, la raccolta di informazioni per la valutazione dei percorsi adottati nella gestione del paziente infartuato.

Nel corso del 2014, saranno valutate le performance della rete nella gestione del paziente con STEMI rispetto a riconosciuti standard di riferimento, attraverso l'opportuno utilizzo dei dati presenti nell'archivio.

Rete di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA)

Nel corso del 2014 proseguiranno i lavori della fase sperimentale per la realizzazione della rete con la progressiva implementazione della piattaforma tecnologica per la raccolta dei dati di attività dei Centri PMA, come prescritto dalla legge 40/2004. Tutte le Strutture PMA di I, II e III livello, autorizzate ai sensi del Decreto della Direzione Generale Sanità n. 6295 del 06/06/2006, operano in conformità anche alle disposizioni normative in materia di tessuti e cellule, tra cui sono ricompresi le cellule riproduttive, i tessuti e le cellule fetali. (d.lgs 191/2007 e d.lgs 16/2010).

Nel corso del 2014, inoltre, sarà intrapreso un percorso di perfezionamento dei criteri di autorizzazione e accreditamento dei Centri di PMA.

3.2.7. GESTIONE DELL'INNOVAZIONE: HTA E NUOVI DISPOSITIVI E TECNOLOGIE

Il metodo dell'HTA (Valutazione delle tecnologie Sanitarie) è uno strumento valido a supporto delle decisioni sanitarie che è stato sviluppato da diverse Agenzie estere (NICE e SMC in UK, IQWiG in Germania, HAS in Francia, CADTH in Canada).

Pertanto al fine di una corretta e solida valutazione delle nuove tecnologie, i soggetti interessati alla richiesta di valutazione regionale dovranno presentare alla DG Salute per attivare l'istruttoria tutta la documentazione scientifica a supporto, ed in particolare i rapporti già elaborati di HTA dalle Agenzia Internazionali e pubblicazioni su riviste scientifiche internazionali con impact factor. Inoltre la DG Salute si avvarrà per le valutazioni del supporto dei professionisti che lavorano nelle reti di patologia.

Per verificare l'appropriatezza e la convenienza economica relativa all'introduzione di nuovi Dispositivi Medici, nonché il corretto utilizzo, in percorsi terapeutici prestabiliti, di quelli esistenti, ogni Azienda Ospedaliera/I.R.C.C.S. dovrà prevedere un percorso di valutazione finalizzato a raccogliere evidenze relativamente alla efficacia ed ai benefici correlati all'utilizzo dei nuovi dispositivi stessi.

Ciò potrà avvenire anche avvalendosi di una Commissione Dispositivi Medici aziendale che dovrà avere una composizione multidisciplinare (es. Direttore Sanitario, Provveditore, Farmacista, Responsabile Ingegneria Clinica, Direttori medici) e che manterrà i propri atti disponibili per la consultazione da parte di altri soggetti eventualmente interessati ai contenuti delle attività svolte.

3.2.8. MEDICINA DI GENERE

Il P.R.S. della X Legislatura di Regione Lombardia pone attenzione all'innovazione ed alla progettualità organizzativa che si realizzi anche attraverso l'appropriatezza delle cure "gender oriented".

La Sanità pubblica ha presente che le malattie ed i problemi di salute, compresi quelli di origine professionale, sono influenzati da fattori non solo fisici, ma anche socio-economici e socio-politici. Se l'appartenenza al sesso femminile o maschile influenza la salute e la sua percezione, le politiche sanitarie devono considerare queste differenze per realizzare i propri obiettivi di miglioramento del benessere dell'intera popolazione. In questa logica la pianificazione regionale per la tutela

della salute e della sicurezza negli ambienti di lavoro richiede che le azioni di prevenzione siano modulate per differenza di genere.

Medicina di genere come obiettivo strategico per la sanità pubblica: a tal fine le AO e le ASL devono individuare almeno due aree di azioni innovative, sia dal punto di vista organizzativo che terapeutico e, all'interno di queste, considerare le manifestazioni cliniche differenti e valutare l'efficacia degli interventi diagnostici e terapeutici peculiari del genere di appartenenza.

La sensibilità e l'attenzione riservata all'approccio di genere è dimostrata anche dall'accordo fra il Ministero della Salute e il Ministero della Ricerca e dell'Università, al fine di istituire corsi di formazione di Medicina di genere; appare opportuno prevedere l'organizzazione, all'interno del Piano annuale di formazione di ciascuna ASL ed AO, di eventi inerenti le patologie individuate.

3.3. INTERVENTI PER IL MIGLIORAMENTO DELL'APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA

3.3.1. INTERVENTI IN AMBITO DI PREVENZIONE

Miglioramento dei processi di sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive

Un efficiente ed efficace controllo della malattie infettive si sostanzia in sorveglianza (corretta attuazione del dettato normativo regionale e alimentazione dei flussi informativi conseguenti) e controllo (profilassi specifica e aspecifica e informazioni alla popolazione/collettività, comunicazione del rischio), coordinamento degli interventi tra i diversi soggetti coinvolti (DPM, strutture sanitarie, MMG, PLS), programmazione e realizzazione delle attività vaccinali per il raggiungimento degli obiettivi regionali e nazionali di copertura. In tema di comunicazione particolare attenzione dovrà essere posta ad attivare efficaci processi integrati tra soggetti del sistema, finalizzati ad un reale empowerment (aumento di competenza e consapevolezza) dei cittadini/gruppi target.

In continuità con gli anni precedenti e con le indicazioni nazionali sono confermati obiettivi e indicatori riferiti al mantenimento delle performance di qualità e di risultato:

- migliorare l'attività di sorveglianza e controllo e sorveglianze speciali anche in riferimento a indicatori LEA (DGR IX/4489 del 13.12.2012, Intesa Stato Regioni 23.03.2011 "Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita (PNEMoRc) 2010-2015");
- perseguire il raggiungimento degli indicatori LEA in merito ad attività vaccinale (DGR n IX/4475 del 05.12.2012);
- adempiere ai debiti informativi, nel rispetto dei requisiti di qualità dei sistemi informativi MAINF e GEV;
- migliorare i processi di integrazione tra Soggetti del Sistema e quelli di comunicazione con gruppi target.

Pianificazione integrata degli interventi di promozione di stili di vita e ambienti favorevoli alla salute e di prevenzione CCV

Per promuovere stili di vita e ambienti favorevoli alla salute anche al fine di prevenire patologie non trasmissibili (cronico degenerative) che hanno in comune fattori di rischio comportamentali modificabili (scorretta alimentazione, sedentarietà, tabagismo), attualmente sono a sistema programmi di comunità per i seguenti setting:

- Scuole che Promuovono Salute – “Rete SPS Lombardia” che ri-orienta in termini di appropriatezza (ruoli e azioni evidence based) tutta l’offerta ASL nel setting scolastico;
- Aziende che promuovono salute – “Rete WHP Lombardia””, che attiva la responsabilità sociale di impresa (privata soprattutto medie e grandi e pubblica, comprese aziende sanitarie, EELL, Caserme, ecc.) su azioni *evidence based*.

Sono inoltre a sistema interventi *evidence based* (anche intersettoriali) per la promozione della attività fisica (gruppi di cammino, pedibus, scale per la salute), per una sana alimentazione (programma di riduzione del consumo di sale), promozione dell’allattamento al seno ed è diffusa l’offerta di counseling motivazionale breve sugli stili di vita in contesti “opportunistici” (percorso nascita, setting vaccinale, ecc.).

Nel 2014 si intende consolidare e migliorare quali-quantitativamente programmi e interventi, d’intesa con la DG Famiglia Solidarietà Sociale e Volontariato, in relazione ai seguenti obiettivi:

- Mantenere/incrementare gli standard qualitativi (coerenza con l’analisi di contesto locale e criteri di appropriatezza: sostenibilità, efficacia, integrazione, multidisciplinarietà, intersettorialità, indicatori di processo, impatto e risultato) nella pianificazione integrata locale degli interventi di promozione della salute – PIL;
- Mantenere/incrementare gli standard qualitativi della rendicontazione degli interventi attraverso il sistema regionale Banca Dati Promozione Salute (BDProSal);
- Sviluppare le Reti “Scuole che Promuovono Salute – SPS” e “Aziende che Promuovono Salute - WHP Lombardia” e l’attuazione di interventi *evidence based* per la promozione di stili di vita con particolare riferimento ad azioni per incrementare l’offerta di attività fisica, il consumo di frutta e verdura, la disponibilità di pane a ridotto contenuto di sale, l’allattamento al seno, il counseling motivazionale breve nei contesti “opportunistici”, l’attivazione di percorsi per il miglioramento quali-quantitativo delle reti di offerta per la cessazione tabagica.

Inoltre la DG Salute, con il coinvolgimento delle ASL , avvierà un percorso per la definizione e realizzazione di un processo di benchmark tra ASL in relazione a quanto in atto su determinanti di salute/fattori di rischio CCV (alimentazione, attività fisica, tabagismo), anche in riferimento agli indicatori LEA per l’area (definiti dal Ministero della Salute, ma non attivi nel 2012 nel calcolo degli adempimenti U/Prevenzione).

Contrasto al fenomeno infortunistico e tecnopatico

Malattie Professionali

Il Piano SSL 2014-2018 pone l’accento sull’obiettivo del contrasto al fenomeno tecnopatico, attraverso l’emersione delle malattie professionali, mediante azioni sinergiche e secondo modalità uniformi di approccio da parte dei medici del lavoro, degli SPSAL e delle UOOML.

Il perfezionamento degli strumenti informatici per la registrazione e gestione delle malattie professionali e per l’implementazione della rete di scambio di monitoraggio del fenomeno, costituisce supporto necessario per la realizzazione dell’obiettivo.

Particolare attenzione deve essere dedicata alle seguenti condizioni morbose: tumori ad alta e bassa frazione eziologica (mesoteliomi, ecc.); disturbi muscolo scheletrici lavoro-correlati; disturbi da stress lavoro-correlato.

Il Piano definisce, quale obiettivo relativo al quinquennio, il mantenimento del trend di progressiva emersione del fenomeno da cui consegue un indicatore di incremento del numero assoluto di malattie professionali denunciate ad INAIL pari o superiore al 25% sull’intero periodo (rif. anno 2012 – fonte dati INAIL).

Nel 2014 si intende consolidare l'uso dello strumento informativo gestionale Ma.P.I. (acronimo di Malattie Professionali ed Infortuni) e in generale del Sistema Informativo Person@ per permettere agli operatori delle ASL e delle UOOML un comune approccio metodologico sia alla conoscenza del fenomeno tecnopatico che all'emersione delle malattie professionali.

Indicatore: almeno il 40% dei controlli eseguiti per indagini per malattia professionale inseriti in I.M.Pre.S@ deve trovare riscontro in Ma.P.I.

Infortuni sul lavoro

Regione Lombardia ha registrato negli ultimi sei anni un costante decremento del tasso infortunistico.

Il Piano SSL 2014-2018 conferma l'obiettivo di riduzione degli infortuni sul lavoro e ne indica la strategia di azione, definendo, quale indicatore, il mantenimento del trend di decremento del tasso infortunistico pari o superiore al 25% per il quinquennio (calcolato sull'anno 2012, utilizzando per il calcolo del denominatore del tasso il numero di lavoratori occupati al netto del reale ricorso alla Cassa Integrazione Guadagni – fonte dati INAIL, INPS, ISTAT).

Nel 2014 si intende consolidare l'uso dello strumento informativo gestionale Ma.P.I. (acronimo di Malattie Professionali ed Infortuni) e in generale del Sistema Informativo Person@ per permettere agli operatori delle ASL un comune approccio metodologico alla conoscenza del fenomeno infortunistico.

Indicatore: almeno il 40% dei controlli eseguiti per indagini per infortunio sul lavoro inseriti in I.M.Pre.S@, deve trovare riscontro in Ma.P.I.

Azioni di "empowerment" e di promozione della cultura della sicurezza

L'attuale situazione economica e sociale in cui versano il Paese e la Lombardia induce a riflessioni atte a conservare e perfezionare i livelli di tutela prevenzionale rinforzando l'azione di controllo tradizionalmente intesa nella sua accezione di enforcement, con azioni complementari di sostegno e assistenza alle imprese.

Nel 2014 la DG Salute intende aggiornare l'Accordo 2007 con INAIL Direzione Lombardia per il riconoscimento dell'accesso a minorazione tariffaria premiale INAIL a fronte dell'applicazione di Linee Guida/Atti di Indirizzo regionali e sistematizzare la presentazione di Linee Guida/Atti di Indirizzo regionali alla Commissione Consultiva Permanente art. 6 D. Lgs 81/08 ai fini del loro riconoscimento a "buone prassi".

Le ASL, pertanto, sono tenute a predisporre percorsi di adozione efficace da parte delle aziende presenti sul territorio di competenza, delle Linee Guida/Atti di Indirizzo regionali ai fini del loro riconoscimento quali "buone prassi" da parte della Commissione Consultiva.

La formazione in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro è competenza delle Regioni e, nel rispetto del principio di intersectorialità, la DG Salute promuove azioni finalizzate alla diffusione della cultura della sicurezza.

In questo percorso si agisce, in coerenza con l'obiettivo del Piano SSL 2014-2018, anche supportando la scuola nel percorso di integrazione della sicurezza nei curricula scolastici, in coerenza con la l.r. 19/2007. La scuola, infatti, è il luogo dove la formazione SSL può trovare un terreno fertile sul quale radicarsi e diventare patrimonio dell'individuo e del gruppo, perché favorisce l'interiorizzazione delle regole e dei valori fondamentali di responsabilità sociale e civile.

Le ASL sostengono il percorso di integrazione della SSL nei curricula scolastici, funzionale a garantire il riconoscimento delle competenze in materia di salute e sicurezza acquisite dagli studenti delle scuole lombarde quale formazione ex art. 37, D.Lgs 81/08. Indicatore è

rappresentato dal numero di istituti del territorio di competenza che integrano la SSL nei curriculum scolastici in coerenza con le indicazioni regionali.

Procedimenti di Valutazione di Impatto Ambientale da parte delle ASL

La Valutazione di Impatto sulla salute della popolazione è un complesso insieme di procedure e attività che, integrando numerosi approcci disciplinari, persegue l'obiettivo di ottimizzare la tutela della salute nell'ambito di una vasta gamma di processi decisionali. La Valutazione si applica a innovazioni tecnologiche, insediamenti (ad es. produttivi e energetici), specifiche opere e interventi.

L'entrata in vigore del DM 24/4/2013 ha reso evidente la necessità di rinforzare il ruolo di governance di Regione nei confronti delle ASL, onde accompagnarle, coordinarle e sostenerle nei procedimenti VIA, esigenza condivisa dalle stesse ASL, dal mondo industriale e dalle DDGG Ambiente, energia e sviluppo sostenibile ed Infrastrutture e mobilità.

Per supportare e coordinare le ASL nei processi di pianificazione territoriale in raccordo con DG Ambiente, energia e sviluppo sostenibile la DG Salute si fa carico di realizzare un percorso informativo, formativo e di costruzione condivisa di indirizzi metodologici, nell'ambito del quale saranno altresì individuati indicatori per la verifica della loro applicazione.

3.3.2. INTERVENTI IN AMBITO VETERINARIO

Standardizzazione delle attività di controllo in ambito di prevenzione veterinaria

In ambito di prevenzione veterinaria, per il miglioramento dell'appropriatezza e della qualità, si richiede di uniformare e rendere omogenee le modalità di controllo ufficiale conformandole al principio di trasparenza dell'azione e dei risultati del controllo, secondo procedure e istruzioni codificate nel rispetto di quanto stabilito dal Manuale Operativo delle Autorità Competenti Locali (Standard). La verifica di tale azione verrà effettuata attraverso l'esito favorevole degli audit effettuati dalla Regione dal Ministero della Salute e da Altre Autorità di Controllo sui Dipartimenti di Prevenzione Veterinaria delle ASL.

3.3.3. INTERVENTI DI RIORDINO DELLA RETE DI OFFERTA

Attività di riabilitazione

Premessa indispensabile al percorso applicativo del Piano nazionale di Indirizzo per la Riabilitazione (Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997 n. 281, Gazzetta Ufficiale n. 50 del 02.03.2011) e l'identificazione di concetti clinico-organizzativi e di requisiti di accreditamento in grado di declinare efficacemente i contenuti del suddetto Piano nell'organizzazione del sistema dei servizi.

L'evidenza, inoltre, che la Medicina Riabilitativa si organizza per livelli di complessità in risposta a bisogni identificabili all'interno delle categorie di funzioni descritte nella classificazione ICF (*International Classification of Functioning, Disability and Health*) dell'OMS (non riconducibili esclusivamente a diagnosi nosologiche) ha imposto la necessità di definire ulteriori setting assistenziali, quali la Degenza di Alta Complessità Riabilitativa e le Macro Attività Ambulatoriali Complesse.

Mentre con altro atto sono stati identificati i requisiti della MAC, qui vengono definite le caratteristiche clinico-organizzative e proposti i requisiti autorizzativi e di accreditamento delle degenze di Riabilitazione articolati su tre diversi livelli di accreditamento così identificati:

1. Alta Complessità riabilitativa
2. Riabilitazione Intensiva
3. Riabilitazione Estensiva

Le caratteristiche ed i requisiti di seguito descritti si fondano sull'evidenza che la Medicina Riabilitativa richiede cultura, strumenti (risorse umane e logistiche), metodologie organizzative ed operative proprie.

Tra gli obiettivi che ci si propone di consolidare, si evidenziano:

1. La continuità assistenziale (Percorso Riabilitativo unico) intesa come "precoce presa in carico globale della persona" in un "percorso assistenziale integrato" garantito da un'organizzazione dipartimentale delle attività di riabilitazione. In particolare si impone che il percorso riabilitativo e la definizione e condivisione del relativo progetto riabilitativo vengano avviati contestualmente al ricovero in acuto e che la gestione della fase dimissiva e della continuità del percorso riabilitativo dipartimentale garantiscano l'integrazione con la rete dei servizi territoriali.
2. L'utilizzo rigoroso dello strumento del Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) che, applicando i parametri di menomazione, limitazione di attività e restrizione di partecipazione sociale elencati nella International Classification of Function (ICF), definisca la prognosi nel rispetto delle aspettative e delle priorità del paziente e dei suoi familiari; viene condiviso con il paziente (quando possibile), con la famiglia ed i caregiver. Nel progetto riabilitativo si identificano il referente del caso (garante della continuità del percorso), le aree di intervento specifico, gli obiettivi, i professionisti che intervengono sui bisogni del paziente, i setting assistenziali, le metodologie e le metodiche riabilitative, i tempi di realizzazione e la verifica degli interventi che costituiscono i Programmi Riabilitativi.
3. La metodologia, propria della Medicina Riabilitativa, del lavoro in team interprofessionale-disciplinare con la conseguente declinazione del Progetto in programmi riabilitativi individuali; il medico responsabile garantisce attraverso il coinvolgimento dei professionisti appartenenti al team, un flusso costante di informazioni al paziente, alla famiglia, ai caregiver ed al medico di famiglia, tutti coinvolti nelle attività del PRI.
4. Il Progetto Riabilitativo di Struttura, in cui ciascuna struttura fa riferimento a un Codice Etico condiviso, definisce "ex ante" le proprie caratteristiche, le tipologie di offerta, le potenzialità e le vocazioni operative, la dotazione organica con le figure professionali e le specifiche competenze, le procedure di ammissione/dimissione e di relazione con altre strutture al fine di garantire la continuità del percorso.
5. La definizione di un nuovo setting di intervento riabilitativo in grado di rispondere ai bisogni emergenti (Alta Complessità Riabilitativa) nei suoi obiettivi, contenuti, criteri di appropriatezza e di valorizzazione.

Per le indicazioni operative in materia, si veda il Sub Allegato C "Attività riabilitative".

Cure sub-acute

A seguito del confronto con gli erogatori attivi nell'ambito delle cure sub-acute, nonché avendo valutato i riscontri forniti dalle ASL grazie all'esperienza maturata nel corso di quest'anno in tema di controllo della stessa attività, si dispone di modificare in parte i criteri di accesso del paziente alle cure sub-acute individuati dalla DGR n. IX/1479/2011, come di seguito meglio esplicitato, rivedendo al contempo gli items (e i relativi punteggi) utili alla determinazione dell'Indice di Intensità Assistenziale.

Si definisce quindi idoneo al trattamento in cure sub-acute il paziente che non necessita più di permanenza in un reparto per acuti ma richiede controllo clinico e/o follow-up stretto anche mediante eventuali esami strumentali, eccetto quelli ad alta tecnologia (es. RMN) o invasivi (es. EGDS), e/o richiede terapie definite di media complessità, ovvero terapie di tipo non interventistico o rianimatorio ma terapie mediche.

I principali obiettivi del regime sub-acute si possono così riassumere:

- garantire il completamento del processo di guarigione;
- gestire le comorbidità;
- ripristinare le normali attività quotidiane (nella maggior parte dei casi durante la degenza in UO per acuti il paziente è stato allettato);
- evitare le ricadute ed evitare, soprattutto in caso di patologie croniche, precoci riacutizzazioni e quindi precoci e ulteriori ospedalizzazioni o accessi al PS;
- permettere un sicuro rientro al domicilio con un programma di follow-up definito (domiciliare o ambulatoriale);
- fornire al paziente e al caregiver gli strumenti per la gestione della cronicità a domicilio.

Si precisa infine, che nell'ottica di favorire una de-ospedalizzazione dal regime per acuti nei casi in cui ne ricorrano le condizioni cliniche, nulla osta a che l'accesso al regime di cure sub-acute avvenga anche dal territorio o da un precedente ricovero riabilitativo, purché esistano in proposito dei percorsi preventivamente definiti con le Asl di appartenenza degli erogatori coinvolti.

Criteri di esclusione

In merito ai criteri di esclusione, si definisce inoltre che, in assenza di disturbi del comportamento o wandering, il decadimento cognitivo non preclude necessariamente la gestione del paziente in cure sub-acute (es. demente con polmonite o con scompenso cardiaco), purché il decadimento cognitivo stesso non sia il motivo del trasferimento, esistendo per queste problematiche ambiti assistenziali differenti. È fondamentale comunque che il decadimento sia individuato e quantificato prima del trasferimento al fine di permetterne una corretta gestione.

Indice di intensità assistenziale

Di seguito viene riportata la Scheda dell'Indice di Intensità Assistenziale modificata, la quale prevede una compilazione congiunta da parte del personale medico ed infermieristico.

Come di consueto, viene quindi assegnato il valore per ogni bisogno assistenziale ed il valore assegnato con maggiore frequenza costituisce l'Indice di Intensità Assistenziale: nel caso vi sia un risultato di parità tra i valori attribuiti si assegna il valore più alto.

Bisogno assistenziale	Punteggio
1) Funzione cardiocircolatoria	
– Senza aiuto/sorveglianza	1
– Parametri <3 rilevazioni die	2
– Parametri >3 rilevazioni die	3
– Scompenso cardiaco classe NYHA 1-2	2
– Scompenso cardiaco classe NYHA 3	3
– Scompenso cardiaco classe NYHA 4	4
– Peso corporeo giornaliero o plurisettimanale	3
– Quantità urine	2
2) Funzione respiratoria	
– Senza aiuto/sorveglianza	1
– Difficoltà respiratoria da sforzo lieve-moderata	2
– Dispnea da sforzo grave	3
– Dispnea a riposo	4
– Secrezioni abbondanti da broncoaspirare	4
– Tosse acuta/cronica	3
– Parametri <3 rilevazioni die	2
– Parametri >3 rilevazioni die	3
– Ossigenoterapia	3
– Necessità di ventiloterapia notturna	3
– Presenza di tracheostomia	4
– Terapia con nebulizzazioni	3
3) Medicazioni	
– Assenza di medicazioni	1
– Lesione da pressione o ulcera (Stadio 1 – 2)	2
– Lesione da pressione o ulcera (Stadio 3)	3
– Lesione da pressione o ulcera (Stadio 4 o sedi multiple)	4
– Ferita chirurgica non complicata	2
– Ferita chirurgica complicata (deiscenza, infezione)	3
– Moncone di amputazione da medicare	3
– Ulcera da piede diabetico: ulcera vascolare, neuropatica	3
– Stomia recente da medicare	3
– Altre medicazioni complesse o sedi multiple	4
4) Alimentazione ed idratazione	
– Senza aiuto/sorveglianza	1
– Prescrizione dietetica	2
– Necessità di aiuto per azioni complesse	2
– Necessità di aiuto costante nell'alimentarsi	3
– Presenza di disfagia lieve	3
– Presenza di disfagia moderata-severa	4
– Nutrizione enterale (SNG o PEG recente)	3

Bisogno assistenziale	Punteggio
5) Eliminazione	
– Senza aiuto/sorveglianza	1
– Monitoraggio alvo	2
– Necessità di clisma	3
– Necessità di essere accompagnato al WC	3
– Gestione della stomia	3
– Presidi assorbenti solo di notte/pappagallo	2
– Incontinenza fecale/urinaria (utilizzo di presidi assorbenti 24h/24)	3
– Cateterismo durante il ricovero/a lunga permanenza	3
6) Igiene ed abbigliamento	
– Senza aiuto/sorveglianza	1
– Necessità aiuto solo per igiene completa (bagno o doccia)	2
– Necessità aiuto cura anche per cura igienica parziale/vestirsi	3
– Totale dipendenza/assenza di collaborazione	4
7) Movimento	
– Senza aiuto/sorveglianza	1
– Utilizza in modo autonomo presidi per movimento	2
– Necessità aiuto costante per la deambulazione	3
– Mobilizzazione in poltrona e/o cambi posizione nel letto	3
– Necessità di utilizzare sollevatore	4
– Allettamento obbligato/immobilità nel letto	4
8) Riposo e sonno	
– Senza aiuto/sorveglianza	1
– Sonno indotto con farmaci	2
– Disturbi del sonno	3
– Agitazione notturna costante	4
9) Sensorio e Comunicazione	
– Senza aiuto/sorveglianza	1
– Difficoltà in forma lieve: vista e/o udito e/o linguaggio	2
– Difficoltà in forma grave: vista e/o udito e/o linguaggio	3
– Deficit cognitivo lieve	2
– Deficit cognitivo moderato	3
– Deficit cognitivo grave	4
– Stato costante di apatia/agitazione/aggressività	4
10) Ambiente sicuro/situazione sociale	
– Senza aiuto/sorveglianza	1
– Apparecchi medicali dal domicilio	2
– Rischio caduta medio-alto	4
– Uso di mezzi di protezione	4
– Attivazione assistente sociale	3

Bisogno assistenziale	Punteggio
– Educazione sanitaria del care-giver	2
– Pianificazione dimissione con altre istituzioni	3
11) Terapie	
– Assenza di terapia	1
– Terapia solo orale 1 o 2 volte al giorno	2
– Terapia più di 2 volte die	3
– Trattamento infusivo (antibiotici/elettroliti ecc.) 1 v/die	2
– Trattamento infusivo (antibiotici/elettroliti) più vv/die	3
– Antibiotico in infusione continua	3
– Terapia infusione continua con inotropi, vasodilatatori	4
– Nutrizione parenterale totale	3
12) Altri bisogni clinici	
– Assenza di altri bisogni clinici	1
– Monitoraggio settimanale ematochimici	2
– Monitoraggio plurisettimanale ematochimici	3
– Necessità di consulenze specialistiche	3
– Necessità di follow-up strumentale	3
– Necessità di fisioterapia di gruppo	2
– Necessità di fisioterapia individuale	3
– Comorbilità lieve (CIRS-C <3)	2
– Comorbilità severa (CIRS-C ≥ 3)	3
– Necessità di educazione sanitaria del paziente	2

Rete di Cure Palliative e Rete di Terapia del Dolore

Regione Lombardia sta progressivamente attuando quanto previsto dalla DGR n. IX/4610/2012 in ordine allo sviluppo della rete di cure palliative e della rete di terapia del Dolore in applicazione della Legge 38 del 15 marzo 2010 “Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e della rete di terapia del dolore” e ai successivi provvedimenti attuativi. Il Piano socio sanitario regionale 2010-2014 nel prevedere il completamento della Rete regionale per le Cure Palliative, pone una specifica attenzione alla definizione di un sistema di coordinamento tra le reti (regionale e locale), all’integrazione sanitaria, socio sanitaria e socio assistenziale, nonché allo sviluppo delle attività delle organizzazioni non profit e di volontariato; pone inoltre specifico impegno per uno sviluppo progressivo omogeneo della Rete di Terapia del Dolore attraverso l’individuazione dei Centri specialistici di Terapia del Dolore di I livello (Centro Ambulatoriale di Terapia del Dolore - *Spoke*) e di II livello (Centri Ospedaliero di Terapia del Dolore - *Hub*).

Nel corso del 2014, attenzione particolare verrà posta in merito allo sviluppo omogeneo della Rete di Cure Palliative e della Rete di Terapia del Dolore, attraverso le seguenti azioni:

- Attivazione della Struttura organizzativa regionale di coordinamento per lo sviluppo della Rete di Cure Palliative e di Terapia del Dolore in ottemperanza della D.g.r. n. IX/4610/2012;
- Individuazione dei Centri specialistici di Terapia del Dolore di I livello (Centro Ambulatoriale di Terapia del Dolore - *Spoke*) e di II livello (Centri Ospedaliero di Terapia del Dolore - *Hub*) e monitoraggio del livello di applicazione dei PDTA del pz con dolore cronico sin dalla sua presa in carico;

- Monitoraggio dello stato di attuazione delle Reti locali di Cure Palliative e della Rete di Terapia del Dolore;
- Definizione e realizzazione dei percorsi formativi rivolti ai differenti target professionali, inclusi i MMG e il volontariato;
- Definizione e realizzazione dei percorsi formativi rivolti ai differenti target professionali, inclusi i MMG e il volontariato;
- Caratterizzazione dei percorsi di Cure Palliative oncologiche e non oncologiche del paziente inserito nella Rete per le Cure palliative

In particolare, con riferimento allo sviluppo della rete per le Cure Palliative uno degli obiettivi da perseguire è la maggiore integrazione a livello territoriale, attraverso l'attivazione ed il coordinamento delle Reti locali di Cure Palliative posto in capo alla ASL di riferimento o ad una delle Aziende sanitarie pubbliche, in coerenza a quanto disposto dalla D.g.r. n. IX/4610/2012.

Azioni specifiche saranno rivolte allo sviluppo della Rete di Cure Palliative Pediatriche e della Terapia del Dolore Pediatrico in coerenza con quanto previsto a livello nazionale e regionale, anche attraverso la previsione di percorsi di integrazione tra la rete regionale di Cure palliative e la rete regionale di Terapia del Dolore per l'adulto. Saranno promossi programmi di formazione per gli operatori della Rete di CPP e TDP, rivolti ai differenti target professionali inclusi i Pediatri di Famiglia e il volontariato coinvolto.

In conformità con le indicazioni fornite nella DGR n. IX/4610/2012, proseguiranno nel 2014 le attività degli Hospice, dando particolare attenzione alle rendicontazioni informative. Indicazioni di dettaglio saranno fornite per quanto riguarda la corretta rendicontazione nei flussi informativi ministeriali dei posti letto e per l'adeguamento dei flussi di attività alle esigenze informative del flusso vigente a livello nazionale.

Nell'ambito delle risorse assegnate alle Strutture pubbliche e private accreditate, viene negoziato uno specifico budget complessivo per le attività erogate in regime di degenza presso gli hospice sanitari e in Assistenza Specialistica Territoriale per le Cure Palliative (STCP), in modo da garantire almeno il mantenimento dei livelli prestazionali raggiunti dai servizi attraverso la sperimentazione 'Nuove Reti Sanitarie'.

Assistenza specialistica territoriale – ulteriori servizi

Sono stati previsti da Regione Lombardia per creare una cornice condivisa di riferimento per alcuni servizi sanitari, avviati in modo sperimentale ed oggi inseriti a sistema quali servizi di Assistenza Specialistica Territoriale. Questi servizi garantiscono assistenza specialistica territoriale al domicilio di pazienti affetti da malattie croniche, post acute e si inseriscono nel percorso di presa in carico del paziente coniugando appropriatezza clinica, gestionale e di allocazione delle risorse.

Nell'ambito delle risorse assegnate alle Aziende e strutture private accreditate, viene negoziato uno specifico budget, tale da garantire il mantenimento della presa in carico del numero di pazienti attualmente seguiti, per i servizi di Assistenza Specialistica Territoriale a favore di pazienti con Scompenso cardiaco cronico medio grave (ex PTS); pazienti in riabilitazione Domiciliare post-cardiochirurgica (ex POD); pazienti con BPCO grave e molto grave (ex PTP).

Criteri di arruolamento, processi di erogazione e modalità di rendicontazione dei servizi di Assistenza Specialistica Territoriale (AST) sono definite con specifica nota circolare.

Nel corso del 2014, nell'ottica della continuità dei percorsi diagnostico terapeutici si valuterà l'inserimento dei servizi di assistenza specialistica territoriale nell'ambito di specifici percorsi

CREG; a tale fine sarà data continuità con le esperienze maturate nel corso del progetto di sperimentazione Nuove Reti Sanitarie .

Le Sperimentazioni Gestionali pubblico-privato

Le collaborazioni tra Aziende sanitarie pubbliche e Soggetti privati, attivate ai sensi dell'art. 9-bis del D. Lgs. n. 502/92, sono uno strumento innovativo per raggiungere finalità proprie del Servizio Sanitario Regionale, garantendo il perseguimento di interessi pubblici e la tutela dei portatori di interesse.

Negli ultimi anni, Regione Lombardia ha realizzato una vasta esperienza in campo di sperimentazioni gestionali sanitarie ed ha, nel tempo, emanato specifiche Linee di indirizzo in materia con le delibere di Giunta regionale n. VII/18575/2004, n. VIII/7854/2008 e, da ultimo, la D.g.r. n. IX/4935 del 28 febbraio 2013.

Sono favoriti progetti che vedono la collaborazione tra soggetti pubblici (AO, ASL, IRCCS, AREU) e soggetti privati, privilegiando il coinvolgimento delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale, al fine di effettuare investimenti strutturali e tecnologici con chiari margini di rischio a carico del soggetto privato. I progetti devono essere preventivamente presentati, in coerenza con le linee guida regionali, e autorizzati dalla UO Programmazione e Governo dei Servizi Sanitari che si avvarrà dell'apposito Comitato di sorveglianza regionale al fine di ottenere una scheda istruttoria con analisi multidimensionale che prenda in esame sia gli aspetti legati all'erogazione del servizio che quelli economici, etici e sociali. In ogni caso le proposte progettuali di collaborazione pubblico-privato devono prevedere l'informativa alle Organizzazioni Sindacali rappresentanti dei lavoratori. Per ciascuna sperimentazione gestionale le Aziende sperimentatrici sono tenute a costituire, entro il 31/01/2014, un Comitato di indirizzo e coordinamento che avrà compiti di indirizzo e controllo della sperimentazione in atto ai sensi della d.g.r. n. IX/4935/2013.

Al fine di supportare il livello regionale e il livello locale nella valutazione delle esperienze attivate, nel corso del 2014 sarà sviluppato e progressivamente avviato un modello di analisi e monitoraggio delle Sperimentazioni Gestionali pubblico privato attraverso l'individuazione di un set di indicatori ad alto valore aggiunto diretto alla definizione di un modello di valutazione delle Sperimentazioni Gestionali.

Nel corso delle procedure di valutazione delle sperimentazioni gestionali già attive ed al fine di stabilire l'eventuale cessazione o messa a regime, saranno previste apposite forme di tutela per i dipendenti delle aziende sanitarie pubbliche in servizio presso il soggetto gestore mediante confronto con le rappresentanze sindacali regionali territoriali.

Rete dei punti nascita

In coerenza con la programmazione delle attività sanitarie e tenendo presente l'Accordo Stato Regioni del 2010, sarà necessario nel corso del 2014 ottimizzare migliorando ulteriormente il rapporto tra efficacia, efficienza e sicurezza dei punti nascita nella nostra Regione.

Regione Lombardia, con le D.g.r. n. IX/ 3976 del 6 agosto 2012 e la D.g.r. n. IX/4605/2012, ha infatti intrapreso un percorso riorganizzativo su diverse reti di erogazione tra le quali la rete dei punti nascita al fine di migliorarne la sicurezza e l'efficacia. I punti nascita già oggetto di riordino hanno riguardato le ASL/strutture erogatrici di Como, Milano1, Brescia, e Pavia.

I dati e le analisi condotte da Regione Lombardia descrivono un'organizzazione dei punti nascita molto variegata dove si alternano situazioni di assoluta eccellenza a situazioni caratterizzate da situazioni da ottimizzare sotto il profilo organizzativo e gestionale. L'analisi condotta dalla Direzione Generale Salute con il contributo del Gruppo di approfondimento tecnico sul percorso nascita ha consentito di individuare i criteri essenziali per ridurre in modo significativo il rischio connesso all'evento travaglio /parto /nascita.

Le caratteristiche essenziali minimali per quanto concerne numerosità dei parti, livello organizzativo e strutturale per il mantenimento in sicurezza del punto nascita sono per le Aziende Ospedaliere:

- Numero parti > 500/anno;
- Guardia ostetrica in struttura H 24 (medico + ostetrica);
- Guardia anestesiologicala in struttura H 24;
- Guardia pediatrica in struttura H 24;
- Possibilità di effettuare esame radiologico in H 24;
- Possibilità di effettuare emotrasfusione in H 24;
- Possibilità di effettuare esame di laboratorio in H 24;
- Disponibilità di sala operatoria per effettuare un TC H24 con possibilità in inizio TC in 30'.

Nel corso dell'anno 2014 previa verifica della numerosità inferiore a 500 parti/anno, calcolata quale valore medio degli anni 2011-2012-2013, si proseguirà nell'azione di revisione dei Punti Nascita con un provvedimento attuativo, secondo criteri di appropriatezza, numerosità e tipologia di procedure con l'obiettivo di promuovere ulteriormente la qualità della nostra rete ospedaliera; mettendo in atto le indicazioni contenute nel documento conclusivo dello specifico Gruppo di Approfondimento Tecnico, senza ridurre complessivamente i servizi oggi resi ai cittadini, tramite la riorganizzazione dei punti nascita residui limitrofi, ma riducendo i punti di offerta non sufficientemente sicuri.

Sulla base di tale criteri le ASL interessate dovranno presentare, entro marzo 2014, un progetto di riorganizzazione dei Punti Nascita che, con decorrenza settembre 2014, comprenda l'analisi dell'impatto sui Punti Nascita residui e che tenga conto di particolari condizioni oro-geografiche disagiate che caratterizzano alcuni territori in cui insistono Punti Nascita che si attestano sotto la soglia minima dei 500 parti/anno.

Obiettivi prioritari per l'anno 2014 per l'attuazione dell'Accordo Stato Regioni del 16.12.2010, relativi ai punti nascita possono identificarsi in:

1. Razionalizzazione e messa in sicurezza.
2. Sistema di trasporto materno e neonatale.
3. Qualità del processo assistenziale.
4. Comitato Regionale di Controllo del Percorso Nascita.
5. Carta dei servizi.
6. Procedure di controllo del dolore nel corso del travaglio parto.
7. Terapie intensive neonatali.
8. Definizione degli standard operativi e caratteristiche dei centri di ostetricia.

Rete delle alte specialità

Dopo l'approvazione dell'atto di riordino della Rete delle alte specialità per quanto riguarda le Unità Operative di cardiocirurgia, di emodinamica/elettrofisiologia, di chirurgia toracica, di chirurgia vascolare e di neurochirurgia, come da indicazione dei piani predisposti dalle ASL le stesse procederanno:

- alla variazione degli assetti accreditati delle strutture interessate dall'azione di riordino di cui sopra, a partire dal secondo trimestre 2014, tenendo conto che quelli relativi alle attività che verranno dismesse restano letti potenzialmente a contratto che le strutture possono chiedere di riallocare, nel rispetto dei vincoli di budget di cui al punto seguente, in altre UO già accreditate e a contratto;

- alla variazione delle risorse contrattuali per le attività di ricovero (al massimo resta alla struttura il 35% del valore relativo alla casistica che cessa le attività) da attribuire agli erogatori per cui è previsto il riordino delle U.O. accreditate.

Verrà monitorato dalla Direzione Generale Salute il corretto svolgimento delle attività previste: l'eventuale adozione di provvedimenti legate all'attuazione del piano potrà avvenire attraverso decreti e circolari della Direzione Generale.

Nel corso del 2014, anche in funzione dell'analisi degli impatti di questo primo provvedimento, verranno presi in considerazione anche altri ambiti di intervento.

Riorganizzazione della Rete Trasfusionale Lombarda

Riorganizzazione/centralizzazione delle attività trasfusionali

Lo sviluppo della Rete Trasfusionale Lombarda, attraverso un'attenta programmazione e il lavoro in sinergia di tutti gli operatori coinvolti, ha raggiunto elevati livelli di qualità e sicurezza, garantendo alla nostra regione la piena autosufficienza di sangue a supporto delle attività delle strutture sanitarie.

L'Accordo Stato-Regioni del 16/12/2010 ha introdotto per i servizi trasfusionali, requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi superiori a quelli precedentemente richiesti e il processo di adeguamento a tali requisiti, necessita di un'attenta riorganizzazione dell'intero sistema trasfusionale in un'ottica di razionalizzazione delle attività e delle relative risorse, al fine di garantire il presidio dei livelli di autosufficienza e sicurezza raggiunti.

Il modello di riorganizzazione per il sistema sangue regionale, sarà articolato prevedendo da una parte la centralizzazione delle attività di validazione e lavorazione del sangue e dei suoi componenti e dall'altra il mantenimento del decentramento delle attività di donazione e di medicina trasfusionale.

Nel corso del 2013 con la d.g.r. n. X/611 del 6/09/2013, sono stati approvati gli obiettivi e i criteri per la riorganizzazione ed è stato approvato il *"Progetto preliminare di riorganizzazione delle attività trasfusionali di validazione e lavorazione in regione Lombardia"*, presentato da AREU e condiviso dai Responsabili dei Dipartimenti di Medicina Trasfusionale ed Ematologia (DMTE), il quale costituisce la piattaforma di linee guida propedeutica alla realizzazione della centralizzazione del sistema trasfusionale regionale.

Nel corso del 2014 saranno approvati i Progetti Esecutivi di riorganizzazione/centralizzazione delle attività trasfusionali accompagnati dal relativo piano dei costi contestualmente all'individuazione delle A.O. quali poli di accentrimento per la realizzazione delle "macroaree" di validazione/lavorazione.

Requisiti dei Servizi Trasfusionali e Unità di raccolta del sangue ed emocomponenti

Entro il 31/12/2014, i Servizi trasfusionali e le Unità di raccolta del sangue ed emocomponenti dovranno soddisfare i requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi previsti dall'Accordo Stato - Regioni 242/2010, recepito con d.g.r. n. IX/3465 del 16/05/2012. Il soddisfacimento dei requisiti sarà verificato dalle ASL di afferenza, secondo la programmazione definita nel piano dei controlli 2014. Nel corso del 2014 si provvederà, inoltre, a rivedere il sistema tariffario relativo alle attività trasfusionali, in particolare lo specifico sistema di remunerazione a funzione; un primo intervento è già indicato al paragrafo 2.3.2 "Attività di medicina trasfusionale".

Riordino della rete trapianti di organi, tessuti e cellule

Raccolta, manipolazione ed impiego clinico di cellule staminali ematopoietiche

In linea con quanto previsto dall'Accordo Stato - Regioni del 10/07/2003 relativo a *"Linee-guida in tema di raccolta, manipolazione e impiego clinico delle cellule staminali emopoietiche (CSE)"* e in adempimento ai Decreti Legislativi n. 191/2007 e n. 16/2010 in materia di tessuti e cellule - che

definiscono specifiche norme di qualità e di sicurezza per la donazione, l'approvvigionamento, il controllo, la lavorazione, la conservazione, lo stoccaggio e la distribuzione degli stessi - nel corso del 2014, saranno stabiliti i criteri e le modalità per l'individuazione delle unità cliniche di trapianto di CSE, dei centri di raccolta di CSE e dei laboratori di processazione di CSE delle strutture sanitarie accreditate e a contratto.

Registro regionale dei donatori volontari di cellule staminali emopoietiche (CSE)

Le funzioni di Registro regionale dei donatori non consanguinei di CSE sono attribuite alla Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano dalla d.g.r. n. X/270 del 19/06/2013.

In adempimento all'Accordo Stato-Regioni del 29/04/2010, la Fondazione, per lo svolgimento delle attività del Registro, si avvale delle articolazioni funzionali rappresentate dai Centri Donatori e dai Poli di Reclutamento presenti nelle strutture sanitarie accreditate. I centri Donatori ed i Poli di Reclutamento attualmente identificati dal Registro, saranno individuati con apposito atto regionale.

Il Registro regionale garantisce gli standard qualitativi richiesti dall'Italian Bone Marrow Donor Registry (IBMDR) e dal World Marrow Donor Association (WMDA).

Nel corso del 2014, si provvederà a rivedere il sistema tariffario relativo alle attività del registro regionale dei donatori volontari di cellule staminali emopoietiche, in particolare lo specifico sistema di remunerazione a funzione.

Riorganizzazione delle Rete regionale Trapianti

Nel 2014 sarà elaborata e condivisa la proposta di un nuovo modello organizzativo per il potenziamento della Rete regionale Trapianti che abbia la caratteristica e la valenza di un coordinamento tecnico di tutti gli attori della rete, quale snodo strategico capace di assicurare sinergie e integrazione tra la programmazione delle politiche regionali, il governo del settore e la gestione prettamente clinica, di competenza quest'ultima, del Centro di Riferimento Regionale.

Riordino della rete dei Servizi di Medicina di Laboratorio (SMeL) delle strutture pubbliche

Regione Lombardia già con la DGR n. 4239 del 28 febbraio 2007 aveva preso atto della necessità di ripensare la rete dei Servizi di Medicina di Laboratorio. Si richiamano al riguardo anche le disposizioni già contenute nelle deliberazioni:

- DGR n. 2633/2012 che prevedeva la predisposizione da parte della DG Sanità "di una proposta di ulteriore razionalizzazione dei laboratori delle Aziende Ospedaliere e degli IRCCS di diritto pubblico";
- DGR n. 4334/2013 che disponeva "Il riordino della rete dei laboratori in considerazione dei volumi erogati e delle competenze di branca specialistica oggi operanti";
- DGR n. 4489 del 13/12/2012 "Revisione ed aggiornamento degli interventi di sorveglianza, prevenzione, profilassi e controllo delle malattie infettive".

Al fine di acquisire informazioni utili per la formulazione del progetto di riordino della rete nel corso del 2011 si è provveduto ad effettuare una rilevazione ad hoc dei dati di produzione relativamente all'anno 2010. Dalla elaborazione dei dati ottenuti, attività condivisa anche con i professionisti che compongono la Commissione Regionale dei Servizi di Medicina di Laboratorio (CRSMEL) si è rilevato che il numero di prestazioni automatizzabili eseguite mediamente da ogni laboratorio è limitato e che esiste una elevata dispersione delle analisi specialistiche, spesso eseguite in più laboratori incidenti nello stesso ambito territoriale o addirittura appartenenti alla

medesima Azienda Ospedaliera. Si è pertanto concluso che è ormai indispensabile procedere prontamente alla revisione della rete pubblica di offerta, prevedendo di dare inizio al processo nel primo semestre 2014. Il processo di riordino comporterà la creazione di una rete di laboratori a livello aziendale, inter-aziendale, di ASL e, se del caso, regionale tesa, a realizzare una “appropriatezza organizzativa” basata su un sistema a rete che realizzi economie di scala, consolidi la professionalità degli operatori e salvaguardi le attuali eccellenze del sistema.

Il riordino deve avvenire secondo le seguenti linee organizzative, i cui principi sono peraltro contenuti anche in un documento proposto dalla FISMELAB e approvato nel corso della riunione CReSMEL del 26 ottobre 2013, e in ogni caso si deve tenere conto delle diversità tra aree metropolitane, periferie e zone montane:

- concentrare le attività di routine, garantendo le analisi richieste per urgenze cliniche, con la possibilità di realizzare sinergie anche inter-aziendali per assicurare queste ultime in modo tempestivo e affidabile;
- consolidare le analisi in diverse sedi produttive, concentrando le prestazioni specialistiche per tipologie di branca (ad esempio: Anatomia Patologica, Genetica Medica, Microbiologia e Virologia, Ematologia) o di sottobranca (ad es. nell’ambito della Biochimica: tossicologia, autoimmunità, allergologia, ecc.);
- realizzare modelli organizzativi che prevedendo una gestione centralizzata delle risorse umane e strumentali (ad esempio a livello inter-aziendale) garantiscano al contempo le esigenze cliniche in tutti i presidi in cui le stesse si presentano (ad es. le “estemporanee” in Anatomia Patologica o le emocolture in Microbiologia);
- mantenere la garanzia dell’accessibilità dell’utenza mantenendo i punti di accesso attuali.

La prima fase del riordino riguarderà la città di Milano, applicando le linee di indirizzo sopra definite a un ambito metropolitano caratterizzato da una grande concentrazione di presidi ospedalieri di elevata complessità assistenziale e con forte potere di attrazione dell’utenza regionale ed extraregionale dovuta anche alle alte specialità.

Le Aziende Ospedaliere e gli IRCCS delle altre ASL, non coinvolte nel progetto di cui sopra, possono presentare alla DG Salute proposte di riordino dei Servizi di Medicina di Laboratorio, che siano conformi alle linee di indirizzo sopraccitate e là dove le stesse prevedano il coinvolgimento di più A.O./IRCCS la valutazione sarà fatta in raccordo con le ASL territorialmente interessate. I progetti dovranno aver cura di dettagliare gli studi di fattibilità economico-organizzativa e potranno quindi concorrere nell’attribuzione delle risorse del piano investimenti finalizzato all’efficientamento del sistema (vedi paragrafo 2.7.2).

In attesa del sopraccitato riordino è necessario che le Aziende/IRCCS pongano particolare attenzione:

- all’acquisizione di personale di laboratorio;
- alla realizzazione o la modifica sostanziale delle strutture e degli edifici dedicati all’attività di laboratorio;
- alle procedure per l’acquisizione di nuovi beni e servizi (strumentazione e reattivi) e alla durata dei contratti di “service”, compresi quelli legati allo svolgimento di indagini da parte di laboratori esterni.

Nell’ambito dell’implementazione del Progetto di riorganizzazione dei Servizi di Medicina di Laboratorio pubblici della ASL Milano e della collaborazione già in atto tra Regione Lombardia e Regione Toscana, di cui alla DGR n. IX/1355 del 25 febbraio 2011, per il miglioramento continuo della qualità dei laboratori, si prevede di attribuire maggiore centralità e rilevanza al Centro di Riferimento Regionale per la Qualità dei Servizi di Medicina di Laboratorio.

Completa attuazione della Rete dei Laboratori di Prevenzione delle ASL

I 10 Laboratori di Prevenzione delle ASL svolgono attività analitica microbiologica e chimica a supporto dell'attività di controllo svolta dai Dipartimenti di Prevenzione Medici nel campo della sicurezza alimentare degli alimenti di origine non animale, dei materiali destinati al contatto con gli alimenti e delle acque destinate al consumo umano, degli ambienti di vita e di lavoro, delle acque di balneazione ecc, secondo quanto previsto dalla normativa europea e nazionale e degli atti di indirizzo regionali. L'apporto analitico dei laboratori è elemento fondante per la corretta valutazione del rischio.

La DGR n. IX/4441/2012 ha formalizzato il percorso di razionalizzazione della rete dei Laboratori, che ha comportato la riorganizzazione di alcune attività a livello di area territoriale, in particolare attraverso la centralizzazione in una o più sedi delle attività più complesse o legate a dotazioni e professionalità particolari, al fine di ottimizzare l'impiego delle risorse. Si è reso quindi necessario nel corso del 2013 individuare formalmente i laboratori di riferimento regionale, e di aggiornare il catalogo delle prestazioni analitiche offerte con particolare riferimento all'accreditamento di nuove prove, e le relative tariffe.

3.3.4. INTERVENTI PER MIGLIORARE L'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI DI GUARDIA ATTIVA

È necessario proseguire nella revisione degli assetti organizzativi aziendali per verificare l'opportunità di rendere più efficienti i servizi di guardia attiva e di pronta disponibilità. Le Aziende dovranno valutare se le mutate condizioni organizzative che sono intervenute nel tempo (riduzione dei posti letto, area/dipartimento, intensità di cura, *week surgery*, ecc.) e tecnologiche (telemedicina, telerefertazione, etc.) consentano, in condizioni di mantenimento della sicurezza e della qualità del servizio, di ottimizzare l'utilizzo delle risorse umane dedicate alle attività di guardia attiva. In particolare le Aziende dovranno adoperarsi per ricercare le migliori soluzioni operative per attuare delle eventuali azioni di integrazione tra i servizi di guardia attiva, ricercando le possibili sinergie connesse agli andamenti di attività giornaliere e stagionali.

Nel 2014 saranno effettuati approfondimenti, da parte della DG Salute, per verificare il livello di efficienza e sicurezza dei servizi di guardia attiva messi in atto dalle aziende. I dati raccolti serviranno ad attivare il confronto tra aziende finalizzato a determinare e condividere degli standard organizzativi di riferimento.

3.3.5. MALATTIE RARE: PERCORSO CONDIVISO ASL/AO DI PRESA IN CARICO

La Delibera della Giunta Regionale Lombarda n. VII/7328 del 2001 ha stabilito che i pazienti affetti dalle malattie rare esenti incluse nell'apposito elenco ministeriale hanno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo per i farmaci necessari alla cura della malattia.

La terapia farmacologica deve essere prescritta dallo specialista che opera nel Presidio della Rete Malattie Rare identificato per la specifica malattia, per mezzo della Scheda per la Prescrizione dei Farmaci. Tale scheda, conosciuta anche come Piano Terapeutico, ha validità massima di un anno ed è rinnovabile dal medico specialista del Presidio.

È necessario perciò definire il percorso del paziente al fine di facilitare l'accesso alle terapie appropriate, superare un percorso "ad ostacoli" ed uniformare il processo sul territorio regionale.

La D.G. Salute, d'intesa con gli operatori, dovrà elaborare un documento entro il 31.01.2014, definendo i ruoli delle ASL e delle Aziende Ospedaliere, evidenziando le competenze dei Presidi di Rete Malattie Rare (RMR) e delle strutture presenti nel luogo di residenza dell'assistito.

È necessario evidenziare che sia a livello nazionale che regionale i farmaci orfani non sono ad oggi inclusi in un "fondo specifico" ma partecipano alla spesa farmaceutica e alla definizione del tetto nazionale e regionale; la spesa per tali farmaci dovrebbe essere intesa come una "dote" che segue il paziente e non una spesa attribuibile solo alla singola struttura.

I fondi per i farmaci prescritti per le malattie rare non sono extrabudget, ma hanno un "tetto di sistema" a livello regionale in quanto ricompresi nel finanziamento sanitario nazionale.

Le ASL, le strutture sanitarie e i Presidi di Rete Malattie Rare (RMR) nel corso dell'anno 2014 dovranno attivarsi per rendere attuativa la procedura che verrà elaborata dal gruppo di lavoro regionale, prevedendo l'adozione di un protocollo d'intesa che verrà sottoscritto dalla ASL, dalle strutture sanitarie di competenza territoriale e dai suoi presidi di Rete e che dovrà essere inviato al Centro Regionale delle Malattie Rare e alla DG Sanità, al fine di pubblicarlo sul sito regionale.

3.3.6. INTERVENTI DI MIGLIORAMENTO DEI TEMPI DI ATTESA

Il fenomeno delle liste di attesa è presente in tutti gli Stati dove insiste un sistema sanitario universalistico e che offre un livello di assistenza avanzato. È una tematica di particolare rilevanza per il peculiare impatto che riveste sia sull'organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) che sul diritto dei cittadini all'erogazione delle prestazioni definite nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA); esso va quindi gestito con la consapevolezza che non esistono soluzioni semplici e univoche, ma che vanno poste in essere azioni complesse ed articolate, considerando in particolare la promozione del principio di appropriatezza nelle sue due dimensioni, clinica ed organizzativa. La gestione ottimale delle liste di attesa può essere più facilmente perseguita se si individuano strumenti e modalità di collaborazione di tutti gli attori del sistema, sia quelli operanti sul versante prescrittivo sia quelli a tutela del cittadino.

L'obiettivo deve essere quello di promuovere la capacità del SSN di intercettare il reale bisogno di salute, di ridurre l'inappropriatezza e di rendere compatibile la domanda con la garanzia dei LEA.

La soluzione del problema non può essere meramente quantitativa sul versante dell'organizzazione dell'offerta e dei volumi della produzione, ma deve coniugare il bisogno espresso con adeguate strategie di governo della domanda che tenga conto della applicazione di rigorosi criteri sia di appropriatezza che di priorità delle prestazioni. In materia di prescrizione, con particolare riguardo all'ambito dei tempi di attesa, si sottolinea l'importanza della valorizzazione della classe di priorità sulla prescrizione. La richiesta di esecuzione di attività diagnostiche da fruirsi in regime ambulatoriale necessita dell'esposizione della relativa indicazione della priorità e quindi della valorizzazione del campo "classe di priorità", così come da obbligo definito dalla DGR n. IX/1775 del 24 maggio 2011. Si ricorda inoltre che l'indicazione del valore da attribuire a tale campo è a cura del prescrittore.

Azioni di governo e programmazione

Entro il 31 gennaio 2014 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, congruamente con i

Piani Attuativi delle ASL, presentare i Piani semestrali Aziendali di Governo dei Tempi di Attesa (PGTAz) entro il 28 febbraio del 2014 ed entro il 31 luglio del 2014 dovranno presentare i PGTAz relativi al secondo semestre del 2014.

Si richiamano infine le Aziende Sanitarie Locali e gli Enti Erogatori di diritto pubblico a dare puntuale adempimento al Decreto Legislativo n. 33 del 14 marzo 2013 che all'Art. 41 prevede quanto segue.

“Trasparenza del servizio sanitario nazionale”, comma 6:

6. Gli enti, le aziende e le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario sono tenuti ad indicare nel proprio sito, in una apposita sezione denominata «Liste di attesa», il tempi di attesa previsti e i tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata.

Il monitoraggio dei tempi di attesa

Nel merito delle modalità di monitoraggio dei tempi di attesa, e nelle more dell'emanazione del nuovo Piano Nazionale di Governo delle Liste d'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 2014 si prevede di effettuare almeno 12 rilevazioni di prevalenza dei tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero e cura oggetto del monitoraggio regionale.

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.

4. INTERVENTI PER IL MIGLIORAMENTO DELL'EFFICIENZA

4.1. INTERVENTI LEGATI ALLA GESTIONE DELLE RISORSE UMANE

Si richiama l'attenzione delle Aziende Sanitarie sui seguenti aspetti di razionalizzazione e contenimento dei costi del personale, volti a garantire il complessivo equilibrio economico di bilancio della Regione Lombardia, fatte salve eventuali nuove disposizioni nazionali che intervengano successivamente sulla materia ed alla luce del disposto di cui all'articolo 17, comma 3bis della Legge 111/2011, come modificato dall'articolo 15 comma 21 della Legge 135/2012.

4.1.1. PIANI DI ORGANIZZAZIONE AZIENDALE (POA)

Dovranno essere garantite le riduzioni delle strutture (complesse, semplici e semplici dipartimentali), così come indicato da Regione Lombardia con DGR n. IX/3822 del 25 luglio 2012 e, pertanto, si invitano le Aziende al puntuale rispetto delle previsioni di riduzione delle strutture contenute nei cronoprogrammi presentati in occasione dell'approvazione dei POA 2013-2014 da parte di Regione Lombardia. A tale riguardo i competenti uffici regionali procederanno ad un apposito monitoraggio.

Eventuali modifiche dei cronoprogrammi di cui sopra dovranno essere comunicate ed autorizzate dalla Direzione Generale Salute.

L'aggiornamento dei Piani sarà possibile esclusivamente una volta l'anno e non dovrà comportare incrementi delle strutture.

Si invitano comunque le Aziende a valutare eventuali ulteriori soppressioni delle Strutture Complesse non coperte in via definitiva tramite il ricorso alle procedure selettive previste dalla normativa vigente.

Le Strutture Complesse riferite ai Servizi di Medicina di Laboratorio, ai Servizi Trasfusionali nonché alle Anatomie Patologiche, in attesa delle riorganizzazioni regionali non potranno essere coperte in via definitiva ai sensi della normativa di riferimento.

4.1.2. FABBISOGNI DI PERSONALE E PIANI DI ASSUNZIONE

Nel corso dell'anno 2014 saranno rideterminati i fabbisogni di personale per il triennio 2014-2016 mediante l'individuazione di indicatori di efficienza, efficacia ed economicità ed alla luce del riordino complessivo delle rete sanitaria lombarda. Al fine della rideterminazione dei fabbisogni, Regione Lombardia effettuerà un apposito *benchmarking* tra le Aziende Sanitarie Lombarde che permetta l'individuazione di criteri uniformi al fine di procedere ad una corretta rideterminazione dei fabbisogni aziendali. In particolare saranno effettuate delle rilevazioni dati ad hoc per quanto attiene tutte le tipologie di figure professionali e le diverse tipologie di attività sanitaria anche al fine di adottare un metodo utile ed efficace per valutare il dimensionamento numerico di personale nelle diverse realtà aziendali per contribuire a renderlo più omogeneo. Nel corso del 2014 saranno definite a tal fine eventuali necessità di adeguamento dei flussi informativi esistenti per consentire di indagare specificità non misurabili con il patrimonio informativo attuale.

Si provvederà successivamente all'implementazione e messa a regime di tali modifiche nei flussi informativi, prevedendo la possibilità di una lettura sistematica dei dati, anche a fronte delle eventuali evoluzioni dei contenuti informativi, che permetta di monitorare nel tempo la coerenza delle evoluzioni dei fabbisogni di personale rispetto alle attività da garantire.

In base all'esito di tali rilevazioni, Regione Lombardia valuterà nel corso dell'anno 2014 di dare attuazione all'utilizzo della metodologia sopradetta quale strumento per la valutazione del fabbisogno di personale delle aziende sanitarie nonché quale riferimento per la definizione dei piani di assunzione, con l'obiettivo di generare una procedura sistematica a valere anche per gli anni successivi.

Assunzione personale a tempo indeterminato e determinato

Si confermano le indicazioni già contenute nella DGR n. IX/2633 del 6 dicembre 2012.

Si ribadisce inoltre che le assunzioni a tempo determinato dovranno obbligatoriamente essere effettuate per le assenze a vario titolo o unicamente nel limite numerico dei contingenti che verranno autorizzati a tempo indeterminato nel Piano annuale 2014 e per il periodo strettamente necessario all'espletamento delle procedure concorsuali.

I competenti uffici regionali forniranno indicazioni operative per la presentazione dei Piani Assunzione 2014.

Per quanto riguarda le Aziende Ospedaliere – Poli Universitari, si conferma che le stesse potranno coprire i contingenti autorizzati nel Piano di assunzione anche con personale convenzionato universitario che andrà computato all'interno dei fabbisogni triennali di personale autorizzati dalla Giunta Regionale.

Per quanto riguarda le assunzioni di personale a tempo determinato si provvederà, tramite i flussi contabili e informativi ed i flussi ministeriali già utilizzati, ad effettuare un puntuale monitoraggio sui contingenti e sui relativi costi.

Le assunzioni a tempo determinato di personale sanitario, per la copertura dei posti vacanti, nelle more del Piano di Assunzione annuale 2014, potranno essere effettuate unicamente, o in caso di interruzione di pubblico servizio, o per l'area dell'emergenza-urgenza, o anche per la conduzione dell'iter diagnostico-terapeutico, debitamente certificate dal Direttore Generale e validate dal collegio sindacale, e nel rispetto del budget assegnato.

Le assunzioni a tempo indeterminato del personale del comparto e delle dirigenze nonché la copertura di posizioni di Direzione di Strutture Complesse Mediche/Veterinarie/SPTA dovranno essere autorizzate nell'ambito del Piano Annuale di assunzione approvato dalla Giunta Regionale e dovranno comunque essere ricomprese all'interno dei fabbisogni complessivi di personale autorizzati dalla Giunta stessa.

Si rammenta il disposto dell'articolo 15, comma 7-*quinquies*, D.Lgs. 502/92 in ordine al divieto di utilizzo di contratti a tempo determinato ex art. 15-*septies* D.Lgs. 502/92, per il conferimento degli incarichi di Struttura Complessa dell'area medica, veterinaria e del ruolo sanitario.

In ordine alle assunzioni del personale del comparto e delle dirigenze riferite ai Laboratori di Biochimica Clinica, Microbiologia e Servizio Trasfusionale nonché quelle riferite all'anatomia patologica, verranno fornite da parte della Direzione Generale Salute nel corso del 2014 puntuali indicazioni con l'obiettivo della razionalizzazione dei servizi.

Assunzioni di personale non ricomprese nei contingenti autorizzati nel piano di assunzione annuale

L'assunzione di personale appartenente alle categorie protette potrà essere effettuata nel rispetto dei fabbisogni di personale autorizzati dalla Giunta Regionale, all'interno del budget del personale e dei fondi contrattuali, e nel limite massimo delle quote previste dalla Legge 12 marzo 1999, n. 68. Di tali assunzioni dovrà essere data apposita comunicazione mediante relazione da trasmettere ai competenti uffici regionali.

Relativamente alle procedure di assunzione di personale non dirigente e del Comparto Sanità tramite l'istituto della mobilità compensativa, all'interno della medesima Regione ed interregionale, le stesse potranno essere effettuate previa autorizzazione dei competenti uffici regionali, nel rispetto dei fabbisogni di personale autorizzati dalla Giunta Regionale ed in ogni caso subordinatamente al fatto che l'operazione sia a costo zero per il Servizio Sanitario Regionale e che l'operazione di interscambio del personale avvenga contestualmente.

Successivamente all'autorizzazione regionale, dovrà essere trasmesso ai competenti uffici regionali il provvedimento finale di attivazione della mobilità compensativa. Il personale cessato a seguito di espletamento di tale procedura non dovrà in alcun modo essere computato all'interno del personale cessato ai fini della quantificazione delle percentuali di assunzioni che saranno autorizzate da Regione Lombardia con il Piano Assunzioni anno 2014.

4.1.3. CONCORSI

Con riferimento al personale dell'area del comparto (personale non dirigenziale), si invitano le Aziende a valutare, nel rispetto dell'autonomia organizzativa aziendale, la possibilità di gestire procedure concorsuali in forma unificata, sia per ragioni di economicità organizzativa, sia per riduzione dei tempi di espletamento delle procedure stesse, al fine di evitare l'espletamento da parte di più aziende sanitarie di più concorsi per le medesime figure professionali e nel medesimo arco temporale.

4.1.4. FONDI CONTRATTUALI

Relativamente ai fondi aziendali si richiamano le aziende ad un costante monitoraggio delle voci di spesa a carico degli stessi in quanto la spesa annuale non può eccedere il valore dei fondi deliberati.

Eventuali movimentazioni all'interno dei Fondi contrattuali potranno avvenire nel rispetto di quanto previsto dai Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro e dalle Linee di Indirizzo Regionali in materia e previa idonea validazione da parte del Collegio dei Revisori che ne attesti la legittimità anche in conformità con quanto previsto dalla legge 122/2010 e successive modificazioni ed integrazioni.

Si ribadisce nuovamente il disposto dell'articolo 9, comma 2 bis, D.L. 31 maggio 2010 n. 78, convertito in Legge 30 luglio 2010 n. 122, in base al quale l'ammontare complessivo delle risorse destinate annualmente al trattamento accessorio del personale, anche di livello dirigenziale, non deve superare il corrispondente importo dell'anno 2010 ed è, comunque, automaticamente ridotto in misura proporzionale alla riduzione del personale in servizio; si rammenta inoltre che le riduzioni così operate, non costituiscono economie accantonabili.

4.1.5. VALUTAZIONE E PREMIALITÀ

Fermo restando il superamento di erogazione di quote di incentivazione a titolo di acconto al personale del comparto e della dirigenza, si ribadisce che anche per l'anno 2014 potranno essere erogate quote di incentivazione esclusivamente previa valutazione dello stato avanzamento degli obiettivi assegnati.

4.1.6. BUDGET 2014 – PERSONALE DIPENDENTE

Si rammenta preliminarmente quanto disposto dall'articolo 17, comma 3bis della Legge 111/2011, come modificato dall'articolo 15 comma 21 della Legge 135/2012.

Anche per l'anno 2014 verrà assegnato ad ogni singola azienda un budget complessivo riferito al costo del personale a tempo indeterminato e determinato, tenuto conto dei vincoli derivanti dalle normative nazionali e regionali in materia di contenimento della spesa del pubblico impiego e dalle presenti disposizioni.

Le Aziende sono tenute al rispetto delle risorse assegnate in sede di budget che rappresentano un limite invalicabile per il governo delle risorse umane.

Successivamente all'assegnazione del finanziamento, non sono consentiti spostamenti di costi da singole voci di bilancio (da personale strutturato a contratti atipici e viceversa), salvo preventiva autorizzazione dei competenti uffici regionali della Direzione Generale Salute.

Sono fatte salve le spese di personale totalmente a carico di finanziamenti comunitari o privati, così come disposto dall'art. 2, comma 71, L. 191/09 (legge finanziaria 2010) la cui applicazione è stata estesa dall'*art. 17, comma 3, D.L. 6 luglio 2011, n. 98*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 15 luglio 2011, n. 111* anche in ciascuno degli anni 2013, 2014 e 2015.

4.1.7. INDENNITÀ DI VACANZA CONTRATTUALE

L'indennità di vacanza contrattuale dovrà essere corrisposta anche per l'anno 2014, nelle misure di cui all'articolo 9, comma 17, secondo periodo, del D.L. 31 maggio 2010 n. 78, convertito con modificazioni dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, così come confermato dall'art. 1, comma 1, lettera d) del D.P.R. 4 settembre 2013, n. 122.

4.1.8. CONSULENZE, CONTRATTI ATIPICI ED INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI

La spesa del 2014 dovrà tendenzialmente essere in riduzione rispetto all'anno 2013 e comunque non potrà essere superiore a quella del 2013.

Sono fatte salve le spese di personale totalmente a carico di finanziamenti comunitari o privati.

L'attivazione dei contratti in questione potrà avvenire esclusivamente per il personale sanitario, per situazioni connesse al rischio di interruzione di pubblico servizio per l'area dell'emergenza-urgenza e per la conduzione dell'iter diagnostico terapeutico, debitamente certificate dal Direttore Generale e validate dal Collegio sindacale in merito alla compatibilità economica.

4.1.9. RILEVAZIONE DELLA PRESENZA IN SERVIZIO DELLA DIREZIONE STRATEGICA AZIENDALE TRAMITE SISTEMI AUTOMATIZZATI

Si confermano le disposizioni di cui alla DGR n. IX/937 del 1° dicembre 2010 e di cui alla DGR n. IX/2633 del 6 dicembre 2011 aventi ad oggetto la necessità prevedere adeguati sistemi automatizzati per la rilevazione delle presenze del personale in servizio anche con riferimento alla Direzione Strategica Aziendale.

4.1.10. AUTOVETTURE E MISSIONI

In tema di autovetture si confermano le indicazioni regionali già fornite con DGR n. IX/3976 del 6/8/12 come di seguito integralmente riportato.

Le autovetture aziendali rientrano nel limite di spesa di cui all'art. 5, comma 2, D.L. 6 luglio 2012, n. 95 *"Disposizioni urgenti per la revisione della spesa con invarianza dei servizi ai cittadini"*, ad eccezione di quelle relative ai mezzi di soccorso di I° e II° livello e di quelle necessarie allo svolgimento delle attività di vigilanza e controllo nell'area della prevenzione, così come individuate dai livelli essenziali di assistenza (LEA) di cui all'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005 e s.m.i. e specificatamente dettagliate in atti regionali successivi.

In caso di utilizzo del mezzo proprio, lo stesso dovrà avvenire secondo le indicazioni interpretative fornite in ordine all'art. 6, comma 12, D.L. 78/2010 convertito dalla L. 122/2010, dalle Sezioni Riunite della Corte dei Conti nella deliberazione n. 8/CONTR/11 del 7 febbraio 2011 e dal Ministero dell'Economia e delle Finanze nella circolare prot. 100169 del 5 marzo 2012.

Si dispone l'uso delle autovetture unicamente per fini istituzionali, come già evidenziato nelle note di questa Direzione Generale prot. nn. H1.2011.0037971 del 29.12.2011 e H1.2012.0002753 del 25.01.2012.

Si richiamano inoltre le Aziende al rispetto delle disposizioni dell'art. 1 del D.L. 31 agosto 2013, n. 101 *"Disposizioni urgenti per il perseguimento di obiettivi di razionalizzazione nelle pubbliche amministrazioni."*, convertito in legge, con modificazioni, dall' art. 1, comma 1, L. 30 ottobre 2013, n. 125.

In tema di missioni si confermano le indicazioni regionali già fornite in attuazione della legge n. 122/2010 con circolare prot. n. H1.2011.0002825 del 28 gennaio 2011: come già stabilito nella norma, le attività di competenza dei Dipartimenti di Prevenzione Medico e Veterinario sono escluse dall'applicazione del dispositivo in quanto trattasi di attività di natura ispettiva.

Al fine di non determinare un incremento della spesa rispetto al 2013, si raccomanda il ricorso esclusivo alle missioni strettamente legate alle attività istituzionali obbligatorie

Si confermano infine le indicazioni regionali già fornite in tema di spese di rappresentanza, per relazioni pubbliche, convegni, mostre e pubblicità, sponsorizzazioni (art. 6 commi 8 e 9, L. 122/2010), con nota di questa Direzione Generale prot. nn. H1.2011.0037971 del 29.12.2011: tali spese si intendono interamente soggette alle riduzioni previste; restano escluse solo quelle strettamente legate alle attività istituzionali obbligatorie. Relativamente alle esclusioni sopra indicate è necessario il parere del Collegio Sindacale.

4.1.11. FLUSSI INFORMATIVI

Si ravvisa la necessità di provvedere ad una corretta compilazione di tutti i flussi informativi derivanti da disposizioni nazionali e regionali, al fine di garantire una migliore qualità dei dati, anche in considerazione del fatto che gli stessi verranno utilizzati per la definizione degli indicatori di efficienza, efficacia ed economicità delle Aziende.

Si raccomanda per il FLUPER la corretta compilazione di tutte le voci dei flussi A, B e C, con particolare riferimento alla valorizzazione dei campi riguardanti la data di decorrenza profilo, la data assunzione nell'ente, le ore lavorate, la data di cessazione, la tipologia di assunzione regionale, la modalità di assunzione e di cessazione.

Si precisa che a tal fine il sistema di controllo dei dati viene costantemente migliorato ed implementato; si raccomanda comunque alle Aziende, nell'ottica della reciproca collaborazione, di segnalare ai competenti uffici della Direzione Generale Salute eventuali anomalie al fine di garantire l'uniformità dei dati e la coerenza degli stessi rispetto alle indicazioni di compilazione del flusso.

Relativamente ai flussi ministeriali concernenti il personale, considerato che gli Enti preposti al controllo hanno potenziato le modalità di analisi sui dati inviati, le Aziende dovranno verificare con maggiore attenzione la reciproca coerenza dei dati contenuti nei diversi flussi informativi.

4.1.12. RISORSE AGGIUNTIVE REGIONALI

Nel corso dell'anno 2014 sarà valutata la possibilità di mettere a disposizione del personale dipendente del comparto e delle dirigenze risorse aggiuntive regionali, a fronte di obiettivi di interesse regionale, tenendo conto delle indicazioni di razionalizzazione e contenimento della spesa pubblica previsti dalla normativa nazionale ed a quanto disposto dall'articolo 17, comma 3bis della Legge 111/2011, come modificato dall'articolo 15 comma 21 della Legge 135/2012.

4.2. INTERVENTI DI POLITICA DEL FARMACO

4.2.1. RISPETTO DELLE TEMPISTICHE DI INVIO DEI FLUSSI DI FARMACEUTICA (FILE F)

Al fine di rispettare quanto disciplinato dall'articolo 5 della legge n. 222/2007, che ha disposto a partire dall'anno 2008 che:

“Entro 15 giorni dalla fine di ciascun mese, le Regioni trasmettono all'Agenzia italiana del farmaco (AIFA), al Ministero della salute e al Ministero dell'economia e delle finanze i dati della distribuzione diretta, come definita dal presente comma, per singola specialità medicinale, relativi al mese precedente, secondo le specifiche tecniche definite dal decreto del Ministro della salute 31 luglio 2007, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 229 del 2 ottobre 2007 concernente l'istituzione del flusso informativo delle prestazioni farmaceutiche effettuate in distribuzione diretta. Le Regioni, entro i quindici giorni successivi ad ogni trimestre, trasmettono all'AIFA, al Ministero della Salute e al Ministero dell'Economia e delle Finanze i dati relativi alla spesa farmaceutica ospedaliera. Il rispetto da parte delle regioni di quanto disposto dal presente comma costituisce adempimento ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato”,

si richiama quanto indicato nella nota prot. n. H1.2012.34395 del 3 dicembre 2012, avente per oggetto *“Farmaci a somministrazione diretta a pazienti non ricoverati – File F. Regole obbligatorie di invio del flusso informativo”*.

In particolare si ribadisce che:

- al fine di ottemperare alle succitate disposizioni i dati di File F relativi a tutte le tipologie (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18) devono essere inviati mensilmente entro il 10 del mese successivo alla data di somministrazione;

- l’invio di eventuali rettifiche e/o integrazioni di flussi già inviati o l’invio di un flusso non inviato sarà possibile entro 60 giorni dopo la data di competenza d’invio dei flussi. Qualora si rendesse necessario reinviare uno o più flussi relativi a uno o più mesi al fine di effettuare delle correzioni o modifiche ai dati inviati occorrerà inviare la comunicazione via mail;
- il reinvio è possibile entro il termine del 28 febbraio dell’anno successivo a quello di riferimento, a pena di decadenza del diritto del riconoscimento delle prestazioni erogate.

4.2.2. MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE TERAPIE IN FILE F

Richiamata la DGR 2057/2011, che ha deliberato 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 dispone che, a partire dall’anno 2014, al fine di garantire anche l’appropriatezza distributiva, la consegna della terapia potrà avvenire non prima di 10 giorni dalla scadenza della copertura del periodo di 60 giorni (o 90 giorni previsti per le terapie della Sclerosi Multipla e per i farmaci orfani pe le malattie rare di cui al presente provvedimento), valutando prima di ogni dispensazione le precedenti dispensazioni effettuate al singolo paziente. Quanto sopra al fine di assicurare per le patologie croniche una dispensazione non superiore a 12 mesi di terapia/anno per singolo paziente.

4.2.3. RISPETTO DELLE TEMPISTICHE DELL’INVIO DEI FLUSSI DI CONSUMO DI FARMACEUTICA OSPEDALIERA (FILE R)

Al fine di rispettare quanto disciplinato dal succitato articolo 5 della legge n. 222/2007, si richiama quanto indicato nella nota prot. n. H1.2012.34376 del 30 novembre 2012, avente per oggetto *“Regole di invio flusso informativo dei dati di assistenza farmaceutica ospedaliera – File R”*, in particolare:

- al fine di ottemperare alle succitate disposizioni i dati di File R devono essere inviati mensilmente entro il 15 del mese successivo alla data di somministrazione;
- l’invio di eventuali rettifiche e/o integrazioni di flussi già inviati o l’invio di un flusso non inviato sarà possibile entro 60 giorni dopo la data di competenza d’invio dei flussi. Qualora si rendesse necessario reinviare uno o più flussi relativi a uno o più mesi al fine di effettuare delle correzioni o modifiche ai dati inviati occorrerà inviare la comunicazione via mail;
- deve essere garantita la corretta compilazione della codifica dei reparti secondo il modello HSP12;
- il reinvio è possibile entro il termine del 28 febbraio dell’anno successivo a quello di riferimento.

Inoltre è adempimento del Direttore Generale della struttura inviante verificare che i dati di File R trasmessi siano coerenti con i dati certificati in bilancio; ciò sarà oggetto di valutazione in sede di verifica degli obiettivi dei Direttori Generali.

4.2.4. PROMOZIONE PRESCRIZIONE FARMACI EQUIVALENTI E BIOSIMILARI

Al fine di rispettare i vincoli di risorse stabiliti dalla normativa nazionale e gli obiettivi economici assegnati a ciascuna ASL per la farmaceutica territoriale, rappresenta obiettivo prioritario per l'anno 2014 la promozione sul territorio della prescrizione di farmaci a brevetto scaduto sia di natura chimica (farmaci equivalenti) che di natura biotecnologica (farmaci biosimilari).

La Direzione Generale Salute, d'intesa con gli operatori delle ASL, dovrà individuare entro il 31.01.2014, per specifiche categorie di farmaci comprendenti specialità medicinali a base di principi attivi non coperti da brevetto per le quali, essendo inserite nelle liste di trasparenza, sono disponibili prodotti equivalenti, un mix ottimale tra i principi attivi, al fine di raggiungere entro dicembre 2014 come obiettivo medio regionale il 72% in termini di percentuale di DDD di farmaci a brevetto scaduto sul totale delle DDD prescritte, a costanza di prescrizioni.

Si confermano, come obiettivi vincolanti sia per le ASL che per AO/Fondazioni, per l'anno 2014:

- la prosecuzione delle iniziative attivate negli anni precedenti sui farmaci equivalenti di cui alla DGR n. 2633/2011 e ss.mm.ii;
- l'aggiornamento dei prontuari ospedalieri, per la parte di medicinali che contribuiscono ad un'induzione territoriale (es. ATC C08, C09, C10, M01, M05, J01) in condivisione con le ASL ed in coerenza con le regole prescrittive ed i profili di costo territoriali, in un'ottica di promozione dell'uso e della prescrizione dei farmaci a brevetto scaduto anche di origine biotecnologica;
- verifica ed aggiornamento dei prontuari alla dimissione di AO/Fondazioni, con medesimi criteri di cui al punto precedente;
- la realizzazione a livello territoriale di almeno due percorsi specifici nell'area della nefrologia, ematologia e oncologia, condivisi tra ASL e strutture ospedaliere, riferiti alla promozione dell'uso e alla prescrizione alla dimissione dei farmaci biotecnologici a brevetto scaduto per tutti i pazienti di nuova diagnosi (ovvero pazienti mai trattati in precedenza o per i quali le precedenti esposizioni in base al giudizio del clinico siano sufficientemente distanti nel tempo, e pertanto dovranno essere trattati con farmaci biosimilari, a parità di indicazioni terapeutiche e modalità di somministrazione dei farmaci biologici di riferimento in commercio);
- la programmazione e realizzazione di almeno un evento formativo, rivolto ai Medici di Medicina Generale e ai prescrittori delle strutture di ricovero e cura accreditate, coinvolgendo attivamente le direzioni sanitarie e i servizi farmaceutici ospedalieri, al fine di diffondere e promuovere gli strumenti di governo clinico condivisi tra ASL e strutture ospedaliere, tra cui i prontuari alle dimissioni. Nel medesimo corso, una particolare attenzione dovrà essere riservata alla promozione d'uso dei farmaci a brevetto scaduto anche nel campo dei farmaci biotecnologici;
- lo strumento di analisi e monitoraggio, condiviso con gli operatori delle ASL e ad essi disponibile che individua, per alcune categorie terapeutiche al IV livello ATC che comprendono specialità medicinali a base di principi attivi non coperti da brevetto per i quali sono disponibili prodotti equivalenti, un mix ottimale tra i principi attivi individuato sulla base della migliore performance assunta quale benchmark di riferimento, partendo dai dati di ottobre 2012 nelle singole ASL della Regione Lombardia per ciascuna delle categorie terapeutiche selezionate.

4.2.5. FARMACI DI CUI AL PHT

Considerato che la modalità distributiva dei farmaci di cui al PHT rappresenta un obiettivo di verifica degli adempimenti LEA a livello nazionale, anche per l'anno 2014 si confermano come prioritarie le attività che le ASL hanno programmato e messo in campo per quanto riguarda la distribuzione dei farmaci in classe A/PHT secondo le disposizioni di cui alla DGR n. 4334/2012, al fine di consentire una razionalizzazione e efficientamento della spesa, intervenendo sul modello distributivo e continuando a garantire al paziente l'accesso prioritario sul territorio.

4.3. INTERVENTI LEGATI ALLA GESTIONE DEGLI APPROVVIGIONAMENTI

4.3.1. IL SISTEMA DEGLI ACQUISTI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

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. A tal fine si sono anche sviluppati sistemi di comparazione dei costi d'acquisto che devono essere utilizzati dalle Aziende per una corretta preparazione delle procedure di gara.

Le aziende hanno l'obbligo di verificare innanzitutto la possibilità di adesione ai contratti/convenzioni stipulati dall'Agenzia Regionale Centrale Acquisti e/o da CONSIP.

In via residuale le Aziende sanitarie dovranno procedere attraverso forme di acquisizione aggregata all'interno dei consorzi/unioni formalizzate di acquisto.

Solo nell'impossibilità di procedere nelle modalità precedentemente descritte le Aziende sanitarie potranno attivare delle iniziative di gara autonome.

CONSIP

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

Centrale acquisti regionale

Riprendendo la nota H1.2013.0008332 del 13/03/2013 "*Normativa su approvvigionamento Enti sanitari. Obbligatorietà adesione alle Convenzioni ex articolo 26 comma 3 della legge n. 488/1999 di ARCA e Consip e condizioni di esperibilità di procedure autonome*" si ribadisce che alla luce dei cambiamenti normativi e dei chiari indirizzi giurisprudenziali espressi, nell'ottica di una migliore programmazione degli acquisti:

- 1) gli Enti Sanitari non possono attivare procedure di acquisto relative a beni e/o servizi già oggetto di Contratti/Convenzioni stipulati in loro favore da ARCA;
- 2) gli Enti Sanitari non possono attivare procedure di acquisto autonome relative ad iniziative per approvvigionamenti già oggetto di programmazione sanitaria a livello regionale ed attribuite ad ARCA, fermo restando che detti Enti potranno attivare procedure autonome, sempre che siano preventivamente autorizzate dalla Direzione Generale Salute, solo in casi eccezionali e per una durata e quantità limitate a soddisfare il fabbisogno dell'Ente fino alla data di attivazione delle Convenzioni programmate a livello aggregato.

La violazione di tali norme rileva ai fini della responsabilità disciplinare e amministrativa. Per l'anno 2014, l' Agenzia Regionale Centrale Acquisti rafforzerà la propria attività in modo da offrire un supporto operativo alle Aziende Sanitarie.

Per poter 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 2014, Agenzia Regionale Centrale Acquisti porrà in essere una serie di procedure per l'acquisizione di prodotti che, a causa della loro specificità, possono, più vantaggiosamente, essere oggetto di procedure centralizzate.

L'attività di ARCA si potrà sostanziare, inoltre, in ricerche di mercato e studi in ambiti definiti che potranno essere messi a disposizione dei consorzi/unioni formalizzate d'acquisto e delle singole Aziende Sanitarie.

Entro il mese di Dicembre 2013, l'Agenzia Regionale Centrale Acquisti fornirà l'elenco delle procedure che saranno esperite nell'anno 2014, con la relativa calendarizzazione, in modo che le Aziende Sanitarie e le aggregazioni, 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.

Nella fase di preparazione delle procedure centralizzate verranno implementati dei Tavoli di lavoro tecnici composti da professionisti delle Aziende Sanitarie. È indispensabile la presenza continua a tali gruppi di lavoro dei professionisti individuati o di eventuali loro delegati. Tale aspetto è fondamentale per il rispetto dei tempi calendarizzati da ARCA.

Normativa approvvigionamento enti sanitari e utilizzo della piattaforma telematica SINTEL

Da nota H1.2013.0008332 del 13/03/2013, richiamata sopra, si specifica l'obbligo per gli enti sanitari di ricorrere, in via graduata all'utilizzo di:

- 1) convenzioni stipulate dalla CRA di riferimento;
- 2) convenzioni stipulate da Consip S.p.A. laddove non presenti Convenzioni ARCA;
- 3) ovvero, in assenza degli strumenti di cui ai punti 1) e 2):
 - per gli acquisti inerenti le categorie merceologiche presenti nella "piattaforma CONSIP", gli strumenti di acquisto e negoziazione telematici messi a disposizione da Consip S.p.A. (SDA e MePA) o dalla CRA di riferimento (es.: SinTel per la Regione Lombardia considerato l'obbligo di utilizzo di SinTel previsto dall'art. 1, comma 6-ter della L.R. n. 33/2007);
 - per gli acquisti inerenti le categorie merceologiche non presenti nella "piattaforma CONSIP", gli strumenti di acquisto e negoziazione messi a disposizione dalla CRA di riferimento (es.: SinTel per la Regione Lombardia, atteso l'obbligo di utilizzo di SinTel previsto dall'art. 1, comma 6-ter della L.R. n. 33/2007).

In ottemperanza ai cambiamenti normativi e nell'ottica prevista sia a livello di norma regionale che a livello statale di incrementare il ricorso ai mercati elettronici della pubblica amministrazione ed ai sistemi telematici messi a disposizione dalle centrali regionali di riferimento per lo svolgimento delle procedure di acquisto sono state riviste le tipologia di procedure escluse dall'obbligo di utilizzo della piattaforma SINTEL.

A tal fine si veda la Delibera Giunta Regionale n. X/818 del 25/10/2013.

Procedure in forma aggregata

Le Aziende Sanitarie hanno l'obbligo, all'interno dei Consorzi e unioni formalizzate a livello interprovinciale e/o di macro aree, di rafforzare l'interazione e l'integrazione tra loro in relazione a

tutte le procedure di acquisto di beni e servizi posto l'obbligo di procedere in via prioritaria attraverso procedure in forma aggregata rispetto ad iniziative autonome.

Nell'ambito di tali procedure, ARCA potrà fornire per aree definite ad hoc un supporto esperto con ricerche di mercato, raccolta dei fabbisogni, individuazione delle più corrette procedure di gara al fine di individuare le migliori modalità di acquisto a livello di Sistema sanitario.

Si confermano le figure del referente aziendale a cui spetterà ogni azione volta a garantire l'applicazione delle linee operative espressamente delegato dal Direttore Generale dell'azienda, di norma il responsabile degli Acquisti della Azienda stessa e del coordinatore di consorzio nominato dai Direttori Generali per ogni consorzio/unione formalizzata d'acquisto.

È previsto un comitato dei coordinatori dei consorzi che si dovrà riunire a livello regionale almeno 7 volte nell'anno 2014 così composto: il dirigente o funzionario delegato della Struttura Controllo di Gestione, Osservatorio Costi SSR e Risk Management con funzioni anche di coordinamento e di segretariato, tutti i coordinatori dei Consorzi interaziendali, un responsabile di ARCA, un giurista della Direzione Centrale Legale, legislativo, istituzionale e controlli (per gli aspetti giuridici e legati al contenzioso).

Le funzioni del comitato dei coordinatori dei consorzi sono le seguenti: esame linee guida o direttive regionali in corso di formazione anche in relazione alla predisposizione di capitolati e accordi quadro tipo utilizzabili ai diversi livelli del sistema degli acquisti; verifica della programmazione annuale acquisti; esame delle criticità emerse nell'ambito di procedure di approvvigionamento in corso, ivi compreso il contenzioso; condivisione delle analisi di benchmarking sui costi di acquisto e delle risultanze delle più efficienti procedure d'acquisto; condivisione con ARCA sull'andamento delle programmazione degli acquisti e sullo stato di avanzamento delle gare centralizzate.

Le Aziende attraverso i coordinatori dei Consorzi/Unioni formalizzate d'acquisto dovranno procedere ad inviare alla Direzione Generale Salute:

- resoconto delle procedure d'acquisto pubblicate nel 2013 e revisione della programmazione 2014 (gare aggregate e da svolgere in autonomia) entro il 15 Gennaio 2014;
- la programmazione degli acquisti 2014/2015 sia per quanto riguarda le gare aggregate che per quelle da svolgere in autonomia con le seguenti date:
 - Pianificazione base entro il 30 Aprile 2014;
 - Prima revisione della programmazione entro il 30 Settembre 2014;
 - Seconda revisione entro il 15 Gennaio 2015: resoconto procedure d'acquisto pubblicate nel 2014 e revisione programmazione 2015.

Tale adempimento, in particolare la precisione dei dati inviati e il rispetto delle date di scadenza, è fondamentale per una corretta programmazione degli acquisti e sarà valutato nell'ambito degli obiettivi dei Direttori Generali.

Istruttoria istanze di autorizzazione

Richiesta autorizzazione preventiva nuovi servizi

L'approvazione preventiva sull'avvio di nuovi servizi, la modifica organizzativa di servizi esistenti, il ricorso a forme di finanziamento alternative (ad esempio project financing) previste nella DGR 2057/2011 sono così modificati:

a) Oggetto della verifica:

- 1) I seguenti servizi verranno verificati dall' Unità Organizzativa Economico finanziario e sistemi di Finanziamento avvalendosi di un gruppo permanente di esperti: Servizi non sanitari (lavanderia/lavanoio, pulizia, mensa, riscaldamento/gestione calore) e i seguenti Servizi sanitari: Service di emodinamica/elettrofisiologia, service di diagnostica di radiologia, service di dialisi.

Dovranno essere preventivamente approvati da Direzione Generale Salute i soli progetti relativi ai servizi non sanitari previsti per un periodo temporale uguale o maggiore di 3 anni e con un valore a base della procedura di acquisizione superiore ad Euro 1.000.000 annuo medio per singola azienda, e quelli per i servizi sanitari sopra elencati uguali o maggiori di 3 anni superiori ad Euro 500.000 annuo medio per singola azienda.

L'ufficio preposto alla verifica si avvale dei seguenti esperti: un rappresentante dell'Unità Organizzativa Economico finanziario e sistemi di Finanziamento (per gli aspetti economici del progetto) che fungerà anche da coordinatore, un tecnico di ARCA, un rappresentante dell'Unità Organizzativa Governo dei dati, delle strategie e piani del sistema sanitario o Programmazione e Governo dei Servizi Sanitari (per gli aspetti relativi alla programmazione sanitaria), un responsabile della Struttura Edilizia Sanitaria (per gli aspetti di competenza e in particolare riguardanti l'appalto di lavori o l'acquisizione di attrezzature all'interno dei servizi gestiti in service), un Ingegnere clinico (per gli aspetti tecnici di competenza) e un giurista della struttura Attività giuridico-legislativa della Direzione Generale Salute (per gli aspetti giuridici).

Le domande di autorizzazione dovranno essere, ai fini della loro istruttoria, corredate da analitiche e dettagliate relazioni, attestanti le motivazioni della scelta sotto il profilo clinico-gestionale, finanziario-economico, giuridico-amministrativo e, in special evidenza la dimostrazione dell'avvenuto esame di soluzioni alternative con la esplicitazione delle ragioni della preferenza accordata alla soluzione prescelta. A tal fine verrà predisposto un modulo/check list che l'azienda dovrà seguire nel predisporre l'istruttoria che l'ufficio regionale successivamente vaglierà.

In particolare per quanto riguarda i servizi in service dovrà essere separata la spesa relativa alle apparecchiature, da quella relativa al consumabile, rispetto al servizio ed agli oneri finanziari. Nella relazione dovranno, inoltre, essere quantificate le alternative economico-gestionali prevedendo l'acquisto delle apparecchiature/servizio in service caricate sulle singole procedure sanitarie rispetto ad acquisti separati delle diverse componenti.

Il costo dei dispositivi consumabili deve essere comparato con i costi negli Osservatori ed i benchmarking sui dispositivi medici.

Si richiede, inoltre, che le richieste vengano accompagnate da un preventivo controllo da parte del Collegio Sindacale sulla sostenibilità economica delle procedure; la Direzione Aziendale potrà avvalersi anche dell'Organismo di valutazione del codice etico per la valutazione inerente alla coerenza con gli indirizzi regionali in termini di sviluppo del Sistema Sanitario.

Gli uffici della Direzione Generale Salute effettueranno il controllo preventivo sugli aspetti economico-finanziari di Bilancio e sul rispetto degli indirizzi di programmazione sanitaria.

- 2) L'acquisizione di alte tecnologie innovative in qualsiasi forma, anche all'interno di service, contratti di noleggio, locazione e leasing e l'acquisizione di servizi con forme di finanziamento alternative (ad esempio project financing) verranno verificati dalla Struttura Edilizia Sanitaria, all'interno dell' Unità Organizzativa Programmazione e Governo dei sistemi sanitari, la quale definisce il piano degli investimenti e pianifica a priori le esigenze di acquisto di nuova tecnologia.

A partire dal 2014 la "Commissione per le tecnologie sanitarie" verificherà l'acquisto di grandi apparecchiature (categorie individuate nel flusso ministeriale Grandi Apparecchiature e in ogni caso maggiori o uguali ad Euro 250.000) La richiesta di autorizzazione preventiva dovrà essere inviata alla Unità Organizzativa Programmazione e Governo che coordinerà la Commissione per le tecnologie sanitarie.

- b) Tempistica della verifica: l'autorizzazione preventiva o la richiesta di integrazione alle domande di autorizzazione dovrà essere effettuata dagli uffici competenti entro 60gg dalla ricezione della domanda.

Informazione attivazione di procedure di acquisto autonome

L'invio delle informazioni per l'attivazione di procedure di acquisto autonome previste nella delibera n° IX/2633 del 06/12/2011 è così modificata: l'invio delle informazioni di attivazioni di acquisto autonome è limitato al perimetro della programmazione aggregata. Le decisioni aziendali di procedere all'acquisizione in autonomia devono essere corredate da una attestazione del Direttore Generale circa la sussistenza del relativo presupposto (indisponibilità di convenzioni ARCA o Consip e/o di adesione a gare aggregate consortili); le stesse sono comunicate all'Ufficio preposto (Struttura Controllo di Gestione, Osservatorio Costi SSR e Risk Management) che ne prende atto e verifica a campione l'eventuale possibilità di aggregazione rispetto alla programmazione di procedure aggregate.

Verifica preventiva procedure di global service e facility management

Tutte le nuove procedure di global service e facility management devono essere inviate 60gg prima dell'inizio della procedura alla U.O. Economico Finanziario e sistemi di Finanziamento (Struttura Controllo di Gestione, Osservatorio Costi SSR e Risk Management) per una verifica preventiva da parte della Direzione Generale Salute sulla corretta predisposizione del bando di gara con la specifica dell'esatto ammontare delle singole prestazioni richieste (lavori, servizi, forniture) e la loro incidenza percentuale relativamente all'importo complessivo dell'appalto. Nel caso non vengano effettuate osservazioni entro 30gg. vale il principio del silenzio assenso.

In merito alle procedure alle quali si applica la norma si consideri la nota della Direzione Generale Salute H1.2013.0017627 del 14/06/2013 "Ulteriori precisazioni in merito all'applicazione dell'art. 15, comma 13, lettera e), del Decreto Legislativo 95/2012 convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012 n.135 "Redazioni dei bandi di gara e dei contratti di global service e facility management".

Si richiama l'attenzione sul fatto che l'obbligo previsto dalla legge 135 del 2012 costituisce adempimento ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo SSN.

4.3.2. IL SISTEMA REGIONALE DEGLI OSSERVATORI

Flusso Consumi Dispositivi Medici

Il flusso dei consumi dei Dispositivi Medici rimane il principale strumento di monitoraggio dei costi dei D.M. come da obiettivi imposti dal D.M. 11 giugno 2010.

Per avere la possibilità di migliori e più completi confronti sarà verificato nell'anno 2014 il grado di copertura dei dispositivi medici inviati, confrontando il valore complessivo nel flusso consumi dispositivi medici con quello indicato nelle apposite voci di Bilancio. A tal fine si ribadisce che i costi dei dispositivi medici, anche se acquistati in contratti di service, devono essere appostati nei conti di Bilancio dei dispositivi medici e che i singoli prodotti devono essere rendicontati nel Flusso consumi Dispositivi Medici.

Alle aziende sarà richiesto di compiere tutti gli sforzi per determinare ed inviare correttamente i costi dei dispositivi medici utilizzando le linee guida e gli strumenti tecnologici dell'Osservatorio Acquisti. Da questo punto di vista verrà misurato anche il livello qualitativo dei dati inviati.

La dichiarazione di completezza dei dati a firma del Direttore Generale (vedasi nota H1.2011.0031935 del 27/10/2011) non è più richiesta e non sarà più bloccante per gli invii effettuati.

Il Datawarehouse regionale rappresenta lo strumento principale di consultazione utile al fine di raggiungere gli obiettivi di contenimento della spesa in linea con i migliori risultati di costo ottenuti. Si prevedono dei corsi di formazione per gli operatori delle aziende al fine di rendere ancora più agevole la consultazione.

Nel corso dell'anno continueranno le analisi di approfondimento sulle classi più importanti di dispositivi medici i quali verranno forniti agli enti sanitari. Le aziende potranno avere dei termini di comparazione puntuali rispetto agli altri enti del sistema.

Vi sarà, inoltre, la possibilità di avere le analisi su categorie specifiche di dispositivi medici sia a livello regionale che a livello nazionale, come strumento per poter definire correttamente le basi su cui costruire le procedure di gara.

Flusso Contratti

Si rammenta l'importanza dello strumento come elemento base per la corretta determinazione del costo dei dispositivi medici. E' di primaria importanza che l'interezza delle procedure di gara e dei contratti stipulati vengano correttamente censiti con particolare attenzione a quelli che contengono dispositivi medici acquisiti a qualunque titolo.

L'introduzione del regime sanzionatorio per l'invio dei contratti relativi ai dispositivi medici a partire dall'01/01/2015 richiede particolare attenzione nella trattazione dei dati sia dal punto di vista formale sia, evidentemente, per ciò che concerne gli aspetti di costo.

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.

Si richiede pertanto di intervenire da subito per raggiungere dal primo trimestre 2014 un livello di copertura dei contratti di dispositivi medici adeguato.

Osservatorio Servizi

Prosegue il lavoro sul monitoraggio delle performance relative ai servizi non sanitari. Il manuale operativo dell'osservatorio verrà rivisto ed aggiornato per garantire un ancor maggiore livello di omogeneità nella raccolta delle informazioni. A tal fine verrà costituito un Tavolo di lavoro con i

rappresentanti del controllo di gestione degli enti sanitari per una verifica puntuale delle voci di costi da rilevare.

Le aziende che si troveranno sotto un definito livello di performance saranno tenute alla redazione di un breve studio che spieghi le più rilevanti cause che hanno condotto ai risultati. 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.

E' importante sempre analizzare in comparazione ipotesi di internalizzazione e esternalizzazione dei servizi.

Flusso informativo per il monitoraggio delle grandi apparecchiature sanitarie in uso presso le strutture sanitarie pubbliche, private accreditate e private non accreditate

Con tempistiche diverse per le strutture sanitarie pubbliche, private accreditate e private non accreditate si prevede che l'invio delle informazioni relative alla grandi apparecchiature al Ministero della Salute diventi obbligatoria. In particolare entro la fine del 2014 le strutture sanitarie pubbliche dovranno aver alimentato l'inventario nazionale delle grandi apparecchiature sanitarie per le apparecchiature sanitarie in uso al 31 dicembre 2013.

Le categorie di apparecchiature soggette a rilevazione saranno stabilite dal Ministero della Salute. Si richiede pertanto che le aziende procedano alla corretta alimentazione del flusso informativo NSIS - grandi apparecchiature oggetto di rilevazione nei tempi che verranno comunicati da Direzione Generale Salute.

Verranno inviati report di ritorno alle aziende con studi comparativi sulle diverse apparecchiature divisi per tipologia di spesa.

Sistemi di verifica e di monitoraggio

Anche per il 2014 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 viene, inoltre, chiesta una Relazione Trimestrale.

Si richiede di inviare con la relazione trimestrale il dettaglio di eventuali acquisti effettuati in urgenza relativi a beni/servizi contemplati in convenzioni attive Consip completando per ogni procedura il modulo che verrà fornito in seguito alle aziende.

Procedure negoziate per prodotti esclusivi

Per quanto riguarda le procedure negoziate senza pubblicazione di un bando di gara per prodotti esclusivi, art. 57 comma 2 lettera b) DLgs. n. 163/2006 e ss.mm.ii. si richiede che le stazioni appaltanti nella "adeguata motivazione della delibera o determina a contrarre" inseriscano una relazione da parte dei sanitari competenti a supporto di tali motivazioni.

Si ricorda comunque che le ragioni menzionate nella lettera b) "devono reggersi sull'assoluta e inderogabile necessità, e non su ragioni di mera opportunità e/o convenienza, di rivolgersi ad un determinato operatore economico " (Avcp del 16 luglio 2008, n. 28) e ancora e più in generale che la condizione di "esclusività" del produttore/fornitore deve essere acclarata nei modi di legge e che dunque la norma non trova applicazione "nel caso non si possa escludere a priori la presenza sul mercato di operatori in grado di soddisfare particolari esigenze tecniche" (Avcp del. 2 aprile 2009, n. 26).

Servizi in concessione

Per quanto riguarda i servizi non sanitari ed eventuali servizi sanitari rientranti negli appalti di concessione nell'anno 2014 verrà effettuato uno studio tenuto direttamente dalla Direzione Generale Salute oppure delegato ad Éupolis o ad altri organismi interni di Regione Lombardia.

4.3.3. OBIETTIVI DELLE AZIENDE SANITARIE NELLA GESTIONE DEGLI APPROVVIGIONAMENTI

Per quanto riguarda i dispositivi medici il tetto di spesa a livello regionale previsto dalla legge di Stabilità 2013, legge 228/2012, prevede un decremento (dal 4,8% per il 2013 al 4,4% dal 2014). Le misure atte al raggiungimento dell'obiettivo sono specificate nella sezione "Quadro di sistema 2014".

Rimane l'obbligo per le Aziende di incremento dell'utilizzo di strumenti di aggregazione della domanda (ARCA – CONSIP – GARE AGGREGATE).

L'obiettivo per l'esercizio 2014 è di incrementare di un ulteriore 10% la spesa effettiva attraverso procedure centralizzate/aggregate rispetto allo stesso periodo 2013.

La misurazione verrà effettuata sul perimetro della programmazione aggregata e l'obiettivo risulterà in ogni caso raggiunto se l'ente avrà raggiunto un valore di acquisti centralizzati/aggregati pari ad almeno il 50%.

4.4. RISK MANAGEMENT/PATIENT SAFETY

L'obiettivo a livello regionale delle attività di risk management per l'anno 2014 è quello di continuare la consolidata strategia delineata con la circolare n. 46/SAN del dicembre 2004 e successivi aggiornamenti.

Il focus principale dell'anno 2014, alla luce di coperture assicurative aziendali RCT/O che prevedono una parte di sinistri gestiti in proprio ed una parte trasferiti al mercato assicurativo, è quello di implementare dei corretti protocolli aziendali per la gestione dei sinistri.

Rimane in ogni caso essenziale la gestione proattiva delle prestazioni cliniche assistenziali con il fine di ridurre il rischio/numero di sinistri e aumentare la sicurezza del paziente.

Il Piano strategico di Risk Management anno 2014 dovrà quindi essere elaborato con riferimento all'andamento della rischiosità aziendale, prendendo come riferimento i dati degli indicatori regionali di benchmarking sul rischio nonché gli eventi sentinella e gli eventi avversi più rilevanti.

Particolare attenzione deve essere posta sulla definizione dei risultati che devono essere concretamente misurabili.

Nell'implementazione delle linee strategiche in ambito di gestione del rischio, riveste priorità l'applicazione in protocolli aziendali delle Raccomandazioni Ministeriali in materia di rischio clinico:

- 1. Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di cloruro di potassio – kcl – ed altre soluzioni concentrate contenenti potassio;*
- 2. Prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico;*

3. *Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura;*
4. *Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale;*
5. *Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ab0;*
6. *Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto;*
7. *Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica;*
8. *Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari;*
9. *Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali;*
10. *Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati;*
11. *Prevenzione della morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero);*
12. *Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "lookalike/sound-alike"LASA;*
13. *Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antiblastici;*
14. *Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici;*
15. *Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto soccorso.*

Le linee strategiche in ambito di gestione del rischio, si articolano per l'anno 2014 nel piano di azioni di seguito delineato:

- Nell'anno 2014 proseguirà il progetto assicurativo regionale che con il supporto di ARCA, fornirà alle aziende ospedaliere specifici indirizzi in merito al giusto livello di trasferimento del rischio al mercato.

Nella gestione in proprio da parte delle aziende ospedaliere/I.R.C.C.S. delle richieste di risarcimento oppure nei contratti assicurativi che prevedono delle SIR per sinistro elevate per i sinistri sotto il livello di trasferimento del rischio, si reputa essenziale garantire un supporto da parte di professionisti particolarmente esperti.

A tal fine verranno implementati corsi di formazione sia per le figure legali che medico legali.

Saranno, inoltre, implementati dei gruppi di lavoro per professionisti medico legali e professionisti legali/liquidatori che dovranno incontrarsi con cadenza mensile/bimestrale presso la sede di Regione Lombardia per poter condividere e confrontare i sinistri complessi o con importo rilevante.

Le Aziende Ospedaliere/I.R.C.C.S. saranno suddivise in raggruppamenti di aziende che verranno successivamente comunicati e che saranno in ogni caso entro il perimetro dei consorzi/unioni formali d'acquisto.

Verrà richiesto alle Direzioni aziendali di individuare entro il 28/02/2014, un medico legale ed un legale che parteciperanno agli incontri sopra delineati in qualità di coordinatori dei raggruppamenti.

Direzione Generale Salute a sua volta valuterà la nomina di un medico legale ed un legale con funzioni di coordinamento centrale dei gruppi di lavoro.

Ai fini di un corretto utilizzo delle risorse, nell'ambito degli uffici di gestione dei sinistri, si dovranno privilegiare le professionalità all'interno del sistema con la verifica da parte delle Direzioni aziendali della possibilità di integrazione a livello sovra-aziendale per aree geografiche omogenee.

- 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.
- Promozione dei processi di ascolto/mediazione all'interno dell'Azienda e attivazione di scambi interaziendali fra mediatori, in particolare nelle aziende in cui non siano presenti almeno due mediatori, per l'operatività delle équipes di mediatori, dando applicazione agli indirizzi operativi regionali. Tale attività risulta ancora più importante alla luce degli schemi contrattuali assicurativi vigenti. Diventa essenziale che siano resi attivi i gruppi di ascolto aziendali garantendo ai pazienti e al personale sanitario un canale di comunicazione privilegiato che possa supportare le persone eventualmente coinvolte in eventi avversi. Anche nell'ambito del CVS, deve essere sempre coinvolto il mediatore di conflitti nell'analisi e la valutazione di tutti i casi nei quali, accanto ad una richiesta di risarcimento per danno oggettivo, emerge la sofferenza emotiva del danno, il dolore del conflitto, la sfiducia verso la struttura. A supporto delle professionalità già formate verranno previste delle giornate di condivisione delle esperienze a livello regionale.
- 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.
- Completamento dei Data Base precedenti con la raccolta, a cadenza semestrale, degli eventi avversi non esitati in richiesta di risarcimento con valore di un probabile futuro esborso a titolo di risarcimento > 300.000 Euro. Per tali casi dovranno essere indicate le azioni migliorative messe in campo.
- 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:
 - Gestione dei sinistri – aspetti medico legali
 - Gestione dei sinistri – aspetti legali
 - La gestione del rischio in sala parto
 - Strumenti di risk assessment : la Root Cause Analysis
 - Gli eventi sentinella – strumento per migliorare i processi clinici e assistenziali.

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

4.5. CONTROLLO DI GESTIONE

Per quanto riguarda il controllo di gestione verrà proseguito nel 2014 il lavoro di allineamento delle Linee Guida di contabilità analitica con le rilevazioni richieste per la compilazione del Modello Ministeriale LA al fine di procedere al caricamento automatico dei dati da parte delle Aziende Sanitarie e al controllo dello stesso tramite apposito applicativo regionale.

Verrà inoltre predisposta da parte dei competenti uffici regionali una reportistica di controllo trimestrale che indaga la presenza di eventuali errori e/o incongruenze nei dati di contabilità analitica inviati trimestralmente, nell'ottica di una sempre più corretta rilevazione di costi e ricavi secondo quanto stabilito dagli indirizzi previsti dalle Linee Guida regionali vigenti in materia di controllo di gestione e in linea con le indicazioni che provengono dagli organi di monitoraggio nazionali sempre più orientati ad una valutazione dei costi per livelli di assistenza.

Verranno forniti alle aziende una prima serie di indicatori utili alle comparazione dei costi aziendali e propedeutici alla definizione di attività che portino ad una maggiore efficienza nell'utilizzo delle risorse aziendali.

4.6. N.O.C.C. (NUCLEO OPERATIVO DI CONTROLLO CONTABILE)

L'attività del Nucleo Operativo di Controllo Contabile si svolgerà nel 2014 tramite apposite verifiche negli ambiti contabili decisi di volta in volta per singola Azienda.

Tali verifiche potranno avere come obiettivo anche la ricognizione delle procedure amministrativo contabili all'interno del percorso di Certificabilità dei Bilanci delle Aziende Sanitarie.

4.7. IL SISTEMA INFORMATIVO SOCIO SANITARIO

4.7.1. GOVERNANCE DEL SISTEMA INFORMATIVO SOCIO SANITARIO

Il Sistema Informativo Socio Sanitario regionale integra i sistemi informativi di Regione ed i sistemi informativi delle Aziende Sanitarie (AS) e degli operatori socio-sanitari, realizzando un modello di sistema federato.

I sistemi informativi delle AS sono sviluppati e gestiti dalle Aziende stesse, seguendo Linee Guida regionali predisposte con il supporto di Llspa, affinché possa essere garantito lo sviluppo armonico e funzionale dell'intero sistema informativo socio-sanitario regionale.

In particolare, Llspa potrà svolgere per le Aziende Sanitarie un ruolo di Centrale di Committenza regionale per i servizi ICT, per cui verranno date a seguire indicazioni specifiche, con l'obiettivo di riduzione dei costi e omogeneità, oltre che di semplificazione delle procedure. Infatti con questa modalità le aziende potranno, sulla base di una programmazione concordata, accedere direttamente a Llspa, analogamente a quanto avviene con la Centrale Regionale Acquisti.

Si prevede inoltre la costituzione di un *Comitato di indirizzo e supervisione* (con DG Salute, D.G. Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato, D.G. Presidenza e Rappresentanti territorio DG, direttori sanitari e amministrativi).

Gli approfondimenti tecnici saranno affrontati attraverso il ricorso a specifici *tavoli tecnici tematici* che vedranno di volta in volta la partecipazione di rappresentanti dei Sistemi Informativi Aziendali, dei medici, farmacisti, enti privati e altri soggetti.

Sul territorio continueranno a operare i Gruppi di Coordinamento (GCA) dove sono già ora rappresentate le diverse categorie di operatori.

Come negli anni precedenti le aziende dovranno predisporre il proprio Piano annuale SISS in cui saranno definiti, per ogni singola azienda gli obiettivi da raggiungere, anche in termini quantitativi, per il governo del sistema informativo aziendale. In particolare, il Piano 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.

4.7.2. SISTEMA INFORMATIVO SOCIO SANITARIO: PIATTAFORMA REGIONALE D'INTEGRAZIONE

Per assicurare lo sviluppo, manutenzione e gestione della Piattaforma Regionale d'Integrazione (PRI), anche secondo le esigenze che saranno espresse dalle aziende sanitarie, è necessario prevedere che Regione Lombardia acquisisca la disponibilità d'uso dei file sorgenti di quelle componenti della PRI di proprietà di soggetti terzi.

I soggetti proprietari (Regione Lombardia e soggetti terzi) dei file sorgenti di tutte le componenti della PRI dovranno quindi mettere in comune la facoltà d'uso degli stessi. Ciò dovrà avvenire senza alcune onere per Regione Lombardia e dovrà essere consentito a quest'ultima di utilizzarli su tutto il territorio lombardo per le Aziende Sanitarie pubbliche e al di fuori di esso con l'istituto del riuso. Si dà pertanto mandato a Lombardia Informatica di perfezionare, per conto di Regione, gli atti conseguenti con i soggetti terzi, in coerenza con l'attuale convenzione quadro.

Le aziende potranno continuare ad usare la suddetta piattaforma attraverso le licenze d'uso gratuito messe già a disposizione sulla base della DGR n. IX/10030/2009.

Sicurezza e razionalizzazione data center

Nell'ambito del sistema federato SISS il tema della sicurezza delle informazioni assume una particolare rilevanza, considerando la sensibilità dei dati trattati ed i rischi connessi. Pertanto, saranno promossi e realizzati per le Aziende Sanitarie, con il supporto di Llspa, Linee Guida e servizi al fine di portare l'intero sistema regionale ad un appropriato ed uniforme livello di protezione.

Nell'ambito dell'iniziativa di razionalizzazione dei Data Center e di Disaster Recovery promossa dall'Agenzia per l'Italia Digitale, saranno considerate possibili sperimentazioni di forme aggregate di gestione dei Data Center e/o di servizi condivisi per le Aziende Sanitarie, anche utilizzando le infrastrutture disponibili di Regione Lombardia (nuovo Data Center a Milano di via Taramelli).

4.8. EFFICIENZA NEL SETTORE VETERINARIO

4.8.1. MIGLIORAMENTO DELL'EFFICIENZA DELL'ATTIVITÀ DI PREVENZIONE IN AMBITO SICUREZZA ALIMENTARE E SANITÀ PUBBLICA VETERINARIA

La crescente complessità delle diverse attività economiche nel campo della sicurezza alimentare, della tutela degli interessi dei consumatori e della sanità pubblica veterinaria, è ben presente al legislatore comunitario, che con Regolamento del Parlamento e del Consiglio n. 882/04 ha disposto, da parte dei singoli Stati Membri, la stesura di piani poliennali di controllo integrato in modo da garantire un approccio coordinato ed efficace nel raggiungimento degli obiettivi del

regolamento stesso. Regione Lombardia ha dato corso a tale previsione mediante l'approvazione del Piano Regionale della Prevenzione veterinaria 2012-2014.

A fianco degli obiettivi di efficacia, non possono peraltro essere dimenticati quelli legati a una maggiore efficienza nell'esecuzione dei controlli nel rispetto del principio di razionale uso delle risorse.

Efficacia ed efficienza dei controlli, aspetti, strettamente collegati, richiedono un'attenta programmazione e pianificazione delle diverse attività, sia a livello centrale, sia delle articolazione territoriali periferiche, nel rispetto dell'organizzazione che ciascun Stato membro si è dato.

A tal fine, Regione Lombardia ha istituito un tavolo di coordinamento delle diverse Autorità e organismi di controllo titolati a condurre controlli ufficiali in materia di sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria al fine di condividere comuni modalità operative e flussi informativi in materia di controlli ufficiali.

Inoltre, grazie a un ulteriore rinforzo della già stretta collaborazione e del coordinamento in atto con l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Lombardia e dell'Emilia Romagna (IZSLER), sarà possibile indirizzare i controlli ufficiali verso quei settori o attività per i quali sia possibile documentare, su basi scientifiche, un maggior profilo di rischio.

Tenuto infine conto dell'importanza crescente dei flussi commerciali e della necessità di rispondere alle richieste dei diversi Paesi terzi, risulta fondamentale ponderare le attività di controllo ufficiale in funzione dei volumi effettivamente esportati. La creazione di un osservatorio socio-economico con la collaborazione di Éupolis e l'indispensabile coinvolgimento dei servizi territoriali, risponde all'esigenza di monitorare in modo costante i flussi commerciali e le correlate attività di controllo e certificazione sanitaria richieste ai Dipartimenti di Prevenzione Veterinari delle ASL.

Obiettivo: ottimizzazione delle risorse per i controlli attraverso la razionalizzazione delle modalità operative anche al fine di prevenire la loro duplicazione presso le stesse unità produttive; coordinamento delle diverse Autorità competenti coinvolte, della rete regionale dei laboratori dell'IZSLER e dell'osservatorio socio-economico al fine di assicurare modalità operative e flussi informativi condivisi nell'ottica di un efficace e appropriato utilizzo delle risorse.

Le ASL dovranno farsi parte attiva al fine di:

- applicare i modelli operativi scaturiti e condivisi a livello del tavolo regionale in modo da prevenire le duplicazioni di attività;
- ricevere le comunicazioni inerenti le attività di controllo ufficiale svolte e le eventuali azioni successive adottate, nel rispetto delle prerogative proprie di ciascuna Autorità;
- collaborare, per quanto di competenza, con tutti gli attori del sistema al fine dell'adozione delle appropriate azioni e per condividere, per quanto di competenza, gli esiti dei controlli ufficiali svolti, i pertinenti risultati e le azioni adottate

5. EQUITÀ, SEMPLIFICAZIONE, COMUNICAZIONE, TRASPARENZA, ANTICORRUZIONE

5.1. AGGIORNAMENTO DELLE ESENZIONI DALLA COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA PER L'ASSISTENZA FARMACEUTICA

Si richiama in materia di esenzioni dalla compartecipazione alla spesa per l'assistenza farmaceutica all'osservanza di quanto approvato con dgr n. X/1095 del 16.12.2013.

Pertanto, a decorrere dal 31 marzo 2014, si dispone l'esenzione dalla compartecipazione alla spesa solamente per l'assistenza farmaceutica (fermo restando il pagamento della differenza di prezzo nel caso in cui la scelta prescrittiva si indirizzi sul farmaco di marca al posto dell'equivalente "generico" o su un "generico" con prezzo differente da quello di riferimento, ai sensi di quanto disposto dall'articolo 7 della legge n. 405/2001) per i cittadini iscritti al SSR con età uguale o superiore a 66 anni fino ad un reddito familiare fiscale annuale pari a Euro 18.000, individuando in tal modo circa 800 mila potenziali beneficiari, precisando che, al fine del riconoscimento dell'esenzione, le condizioni innanzi citate dovranno essere autocertificate dagli interessati presso l'ASL di competenza territoriale che rilascerà la relativa attestazione di esenzione (codice di esenzione: E14).

5.2. SEMPLIFICAZIONE PER L'UTENZA

5.2.1. SISTEMA INFORMATIVO SOCIO SANITARIO

Portale dei servizi per il cittadino

Si prevede nel 2014 di sviluppare nuovi servizi Internet, promuovendo un ruolo sempre più attivo del cittadino nel sistema. Il Portale evolverà in termini di servizi per i pagamenti (ticket, ecc.), gestione privacy, alimentazione dati direttamente da parte del cittadino, potenziamento dei servizi in mobilità, migliore fruibilità con la riorganizzazione dell'interfaccia verso l'utente. Alle Aziende verrà richiesto un progressivo impegno per la diffusione e la promozione delle credenziali di accesso, al fine di incrementare e migliorare per i cittadini la possibilità di utilizzo dei servizi in particolare per il ritiro e la consultazione dei propri referti dal Fascicolo sanitario e le prenotazioni.

Ricetta elettronica e prescrizioni

Sulla base della recente evoluzione normativa e delle sperimentazioni effettuate sul territorio, è prevista nel 2014 la progressiva diffusione della ricetta elettronica sul territorio regionale, sia in ambito farmaceutico che ospedaliero.

Le Aziende potranno accedere al servizio di ricetta elettronica sia interfacciando i propri applicativi, sia utilizzando direttamente la web application che sarà rilasciata a inizio anno.

Parallelamente, così come già evidenziato nelle Regole degli anni precedenti, è prioritario promuovere e monitorare l'utilizzo del SISS anche per le prescrizioni dei medici ospedalieri.

Certificati di malattia

Il decreto del Ministero della Salute del 18 aprile 2012 ha modificato il disciplinare tecnico allegato al decreto del 26 febbraio 2010, in particolare relativamente ai certificati ospedalieri di ricovero:

è infatti stata stabilita la data di marzo 2014 come termine alle Regioni per adeguare i propri sistemi di invio telematico della certificazione di malattia anche per i ricoveri ospedalieri.

Pertanto, a valle dell'adeguamento che Lispa rilascerà entro febbraio 2014, le strutture ospedaliere dovranno inviare online sia le comunicazioni di inizio ricovero, sia le certificazioni di malattia in sede di dimissione.

La funzione di invio on line dei certificati di malattia sarà resa disponibile anche nella versione Web Application via internet e, quindi, disponibile anche in mobilità.

Fascicolo Sanitario Elettronico

La Regione adeguerà e allineerà il suo FSE in sintonia con il decreto ministeriale attuativo del Fascicolo Sanitario Elettronico, attualmente in firma al Presidente del Consiglio. In particolare, si prevedono evoluzioni per il supporto dei nuovi modelli organizzativi per la cronicità, l'apertura a nuovi operatori, il taccuino per il caricamento dei dati clinici da parte del cittadino stesso.

Rete regionale di prenotazione

Dovranno essere rafforzate le diverse modalità di prenotazione avvalendosi del sistema già avviato: in particolare dovrà essere potenziato il canale Internet, ed ottimizzate le funzionalità dell'intero sistema di prenotazione del sistema per renderlo più efficiente (sistema di risposta automatica, raccordo con i cup aziendali, ecc.). Alle Aziende verrà chiesto di mettere a disposizione l'intera offerta di prestazioni in modo omogeneo, andando quindi progressivamente a perfezionare tutte le agende, uniformandole a standard/caratteristiche comuni.

Verrà chiesto altresì alle Aziende di proporre e realizzare iniziative per la promozione della prenotazione via Internet (tramite il Portale cittadino servizi socio-sanitari).

5.2.2. PROTESICA E ASSISTENZA INTEGRATIVA: PRESIDIO PER I PAZIENTI DIABETICI

Alla luce della DGR X/888 del 31 ottobre 2013, avente per oggetto *“Proposta di accordo con le farmacie per l'erogazione di ausili e presidi per il Controllo della glicemia per i pazienti diabetici nelle more della definizione delle gare da parte di ARCA per la relativa fornitura e distribuzione”*, vi è la necessità di rivedere le modalità di gestione del processo di prescrizione degli ausili per il controllo della glicemia nei pazienti diabetici, nell'ottica della semplificazione e di una maggiore efficienza complessiva del sistema attraverso:

- la riorganizzazione della rete dei centri prescrittori, con conseguente monitoraggio e valutazione dell'appropriatezza;
- la possibilità di effettuare le prescrizioni on-line semplificando il percorso per l'assistito e uniformando le modalità di prima prescrizione e di rinnovo;
- la garanzia al cittadino di poter approvvigionarsi degli ausili sull'intero territorio regionale, assicurando la libera circolazione degli Assistiti sul territorio al pari di quanto avviene con le altre prestazioni in ambito farmaceutico;
- l'integrazione con il SISS e con l'anagrafe regionale degli assistiti per il controllo degli aventi diritto e delle esenzioni;

- la possibilità di accrescere la capacità di controllo consentendo una adeguata comunicazione e trasmissione di dati per un efficace monitoraggio del percorso terapeutico;
- la tendenziale dematerializzazione dei processi di consegna del prodotto e successiva rendicontazione, con lo scopo di ridurre i costi correlati alle attività di controllo migliorando al contempo la tracciabilità delle operazioni.

Pertanto nel corso del 2014 la DG Salute, d'intesa con gli operatori e gli specialisti della rete, d'intesa con LISPA, svilupperà il modello di gestione dei Piani terapeutici per la prescrizione degli ausili per il controllo della glicemia nei pazienti diabetici.

5.2.3. PROGETTO CELIACHIA

Relativamente all'erogazione dei prodotti dietetici per celiaci di cui al DM 4 maggio 2006, al fine di tendere ad un governo più razionale e integrato del Servizio Celiachia e ad un'erogazione centralizzata, garantendo la libera circolazione degli Assistiti sul territorio attraverso il SISS con la previsione della gestione dei budget economici associati ai cittadini stessi, Regione Lombardia nel 2012 ha definito e attivato nuove modalità erogative che nel corso del 2014 verranno estese a tutto il territorio regionale, impostando anche una valutazione di ipotesi di aggiornamento e revisione dei limiti massimi di spesa per l'erogazione dei prodotti senza glutine, di cui all'articolo 4, commi 1 e 2, della L. 4 luglio 2005, n. 123.

5.2.4. SEMPLIFICAZIONE PERCORSO ESENZIONI

Premesso che il diritto all'esenzione per patologia cronica è riconosciuto dall'azienda sanitaria locale di residenza dell'assistito sulla base della certificazione della malattia rilasciate da medici specialisti, la DG Salute nel corso del 2014 valuterà, d'intesa con LISPA e gli operatori, la possibilità di attivare specifiche progettualità con l'obiettivo di semplificare il percorso del cittadino attraverso i servizi del SISS.

5.2.5. INVIO TELEMATICO DEI CERTIFICATI D'INFORTUNIO SUL LAVORO DAI PRONTO SOCCORSO E DAI MEDICI DI MEDICINA GENERALE AD INAIL E ALL'ASL

Nell'area della semplificazione interna al Sistema e, in prospettiva verso l'utente esterno (impresa/datore di lavoro) si colloca l'invio telematico dei certificati medici d'infortunio sul lavoro da parte dei Medici Ospedalieri e di Medicina Generale (dgr 12 luglio 2013, n X/390 e dgr 12 luglio 2013, n X/391). Nel 2014 verrà integrato presso i PS delle AO l'invio dei flussi informativi relativi ai certificati medici d'infortunio sul lavoro a INAIL e ASL.

Per il 2014: integrazione dei sistemi informativi delle AAO secondo specifica calendarizzazione

5.3. SEMPLIFICAZIONE PER LE AZIENDE OSPEDALIERE

5.3.1. MIGLIORAMENTO DEI FLUSSI INFORMATIVI DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI VERSO REGIONE LOMBARDIA E VERSO MINISTERO DELL'ECONOMIA

L'attuale stato dell'arte per quanto riguarda la rilevazione delle prestazioni ambulatoriali erogate dalle strutture accreditate vede oggi la presenza di un doppio flusso informativo:

- Il flusso governato dalla Circ. 28/SAN e smi, con la trasmissione delle informazioni dalla struttura erogante alla DG Salute di Regione Lombardia, in via diretta o per il tramite delle ASL;
- Il flusso governato dall'art. 50 del decreto legge n. 269/2003 convertito con modificazioni dalla legge 24 novembre 2003 n. 326 e successive modificazioni, con la trasmissione delle informazioni dalla struttura erogante al Ministero dell'Economia per il tramite della DG Salute.

I due flussi informativi hanno sostanzialmente lo stesso contenuto informativo, ma un diverso tracciato record e, soprattutto, una differente tempistica:

- entro il 5 del mese successivo a quello di erogazione, per il flusso governato dall'art. 50;
- entro la fine del mese successivo a quello di erogazione, per il flusso governato dalla Circ. 28/SAN.

L'esistenza di un doppio flusso informativo è foriera di confusione, eterogeneità, differenze di rendicontazione, ed altre difficoltà, oltre ad evidente spreco di risorse, tutti elementi che consigliano di procedere ad una azione di unificazione dei due flussi informativi.

Si dà pertanto indicazione alla DG Salute di procedere, in collaborazione con LISpA e sentito un campione rappresentativo degli erogatori, alle valutazioni e verifiche tecniche necessarie per la unificazione degli attuali due flussi informativi, ed alla successiva emanazione di circolari applicative, con l'obiettivo di giungere ad un unico flusso informativo capace di soddisfare sia i bisogni informativi della DG Salute di Regione Lombardia che quelli del Ministero dell'Economia. Tale flusso dovrà risultare a regime il prima possibile e comunque entro la fine del 2014.

5.4. SEMPLIFICAZIONE PER LE IMPRESE

5.4.1. ATTIVITÀ DI BONIFICA AMIANTO

Concluse le fasi di sperimentazione con Confindustria, CNA e ANCE, si rende disponibile alle imprese esercenti attività di bonifica da amianto il gestionale Ge.Ma. (acronimo di GESTione Manufatti in Amianto).

L'avvio dei servizi telematici per la trasmissione alle ASL della notifica e del piano per i lavori di bonifica dei manufatti contenenti amianto (artt. 250 e 256 D.Lgs 81/08,) nonché della relazione annuale amianto (art. 9 L. 257/92) da parte delle imprese obbligate consente, oltre che una semplificazione all'impresa e alle ASL, di creare l'anagrafica dei soggetti esposti ad amianto.

Nel 2014 le ASL sono chiamate ad adottare un appropriato modello organizzativo in grado di supportare le imprese del territorio nell'utilizzo dei servizi informatici.

5.4.2. SEMPLIFICAZIONE DEGLI ADEMPIMENTI A CARICO DEGLI OPERATORI DEL SETTORE VETERINARIO

Si intendono eliminare e/o semplificare gli adempimenti a carico degli operatori del settore agroalimentare secondo le modalità codificate dal livello regionale in modo da ridurre i costi diretti e indiretti delle aziende aumentandone la competitività. Ciascuna ASL si attiverà al fine di attuare quanto previsto dalle disposizioni regionali in materia di semplificazione degli adempimenti in materia di autocontrollo, di documentazione relativa al trasporto dei bovini, di certificazione delle materie prime impiegate per i prodotti alimentari a base di latte destinati all'export verso i Paesi terzi in attuazione di quanto previsto dal dispositivo regionale.

5.4.3. SISTEMA INFORMATIVO VETERINARIO INTEGRATO (SIVI)

Con finalità di semplificazione e sburocratizzazione si richiedono l'assolvimento e la rendicontazione dei debiti informativi necessari per il governo delle attività di competenza della Sanità Pubblica Veterinaria tramite il Sistema Informativo Veterinario Integrato (SIVI).

Il SIVI costituisce un sistema per la gestione dei flussi informativi generati dalle attività di prevenzione veterinaria. I DPV dovranno procedere all'utilizzo dei sistemi informativi disponibili e dei relativi applicativi attivati dalla UO Veterinaria per permettere la raccolta e la rielaborazione dei dati necessari e sufficienti in maniera automatica, nel rispetto del timing definito dall'U.O. Veterinaria per la trasmissione.

Si potrà così evitare una serie di richieste che determinano esclusivamente appesantimenti burocratici.

5.5. COMUNICAZIONE

5.5.1. COMUNICAZIONE A CITTADINI E STAKEHOLDER DELLE RICADUTE DELLE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE

La prevenzione si declina in interventi finalizzati alla riduzione o rimozione di danni alla salute delle persone di ogni età, ceto sociale, attività lavorativa, e da interventi di promozione della salute, complesso di azioni dirette ad aumentare le capacità degli individui e ad avviare cambiamenti sociali, ambientali ed economici in un processo che aumenti le reali possibilità di controllo, da parte dei singoli e della comunità, dei determinanti di salute.

Per attuare efficacemente le politiche di prevenzione è necessario coinvolgere il più ampio schieramento di risorse e competenze, sviluppando la capacità di dialogo e di valorizzazione degli apporti di soggetti che hanno altre finalità o interessi, ma che su obiettivi concreti e misurabili di guadagno di salute possono fornire un contributo di risorse e competenze molto importante.

Il patrimonio informativo, che origina dal Sistema Informativo della Prevenzione, dal dialogo tra i sistemi e che è funzionale alla conoscenza dei danni e dei rischi deve essere specificatamente analizzato, confrontato e condiviso a vantaggio di una sempre più efficace ed efficiente programmazione delle azioni di prevenzione, a garanzia di trasparenza con cittadini e stakeholder.

Le ASL predispongono e pubblicano a conclusione dell'attività dell'anno il report delle principali attività di prevenzione attuate, con evidenza dei risultati raggiunti anche in termini di guadagno di salute , rivolto a cittadini e stakeholder del territorio.

5.5.2. COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE E INFORMAZIONE ALL'UTENZA

Anche nel 2014 la leva comunicazionale si conferma fattore prioritario attraverso il quale assicurare ai cittadini piena e corretta conoscenza dei servizi disponibili.

In relazione alle previste azioni di riforma del sistema sanitario, in particolare, sarà fondamentale attivare tutte le possibili sinergie operative nell'ambito del Sistema Sanitario Lombardo per garantire ai cittadini chiarezza e uniformità di informazione sui cambiamenti introdotti e rendere agevole conoscere le modalità di accesso alle prestazioni.

Verrà assicurata l'integrazione tra i Piani della Comunicazione di ASL, AO ed IRCCS con il Piano della Comunicazione regionale, anche attraverso il rafforzamento dell'azione di coordinamento regionale, anche con l'obiettivo di orientare il sistema a generali principi di efficacia, efficienza e razionalizzazione della spesa. Costituiranno linee di indirizzo per le attività di comunicazione aziendale i documenti di programmazione regionale.

Al fine di rafforzare le competenze degli operatori della comunicazione verrà dedicata attenzione alla formazione sui temi della comunicazione esterna e interna, ritenendo la crescita delle professionalità specifiche condizione necessaria a far sì che qualsiasi tipo di messaggio, sia informativo che funzionale, sia veicolato ai target con la massima chiarezza e tempestività possibili.

Si conferma infine l'obiettivo di esprimere attraverso la comunicazione aziendale l'identità unitaria del Sistema Sanitario Regionale, migliorandone la riconoscibilità all'esterno attraverso l'applicazione del sistema di immagine coordinata.

5.6. OBBLIGHI DI PUBBLICITÀ, TRASPARENZA, DIFFUSIONE DI INFORMAZIONI (D.LGS 33/2013)

Si richiama l'attenzione in ordine alla corretta applicazione del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 " Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità , trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni. In particolare con riguardo all'art. 41 "Trasparenza del servizio sanitario nazionale" che prevede:

1. "Le amministrazioni e gli enti del servizio sanitario nazionale, dei servizi sanitari regionali, ivi comprese le aziende sanitarie territoriali ed ospedaliere, le agenzie e gli altri enti ed organismi pubblici che svolgono attività di programmazione e fornitura dei servizi sanitari, sono tenute all'adempimento di tutti gli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente.
2. Le aziende sanitarie ed ospedaliere pubblicano tutte le informazioni e i dati concernenti le procedure di conferimento degli incarichi di direttore generale, direttore sanitario e direttore amministrativo, nonché degli incarichi di responsabile di dipartimento e di strutture semplici e complesse, ivi compresi i bandi e gli avvisi di selezione, lo svolgimento delle relative procedure, gli atti di conferimento.

3. Alla dirigenza sanitaria di cui al comma 2, fatta eccezione per i responsabili di strutture semplici, si applicano gli obblighi di pubblicazione di cui all'articolo 15. Per attività professionali, ai sensi del comma 1, lettera c) dell'articolo 15, si intendono anche le prestazioni professionali svolte in regime intramurario.
4. E' pubblicato e annualmente aggiornato l'elenco delle strutture sanitarie private accreditate. Sono altresì pubblicati gli accordi con esse intercorsi.
5. Le Regioni includono il rispetto di obblighi di pubblicità previsti dalla normativa vigente fra i requisiti necessari all'accreditamento delle strutture sanitarie.
6. Gli enti, le aziende e le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario sono tenuti ad indicare nel proprio sito, in una apposita sezione denominata «Liste di attesa», i tempi di attesa previsti e i tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata. “

5.7. DISPOSIZIONI IN MATERIA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

In attuazione della Legge 6 novembre 2012, n. 190 *“Disposizioni per la prevenzione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”* le aziende sanitarie sono tenute ad adottare, entro il termine del 31 gennaio 2014, il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione, che, di regola, include anche il Programma Triennale per la Trasparenza e l’Integrità, realizzato ai sensi del D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33. Qualora anche i due atti dovessero rimanere distinti, le Aziende dovranno comunque garantire il coordinamento e la coerenza fra i loro contenuti, nonché l’ulteriore collegamento con il Piano della Performance. La diffusione di una cultura della prevenzione del fenomeno corruttivo richiede, quale suo necessario presupposto, il coinvolgimento, realizzato dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione, che tutte le aziende dovranno avere individuato, delle ulteriori figure dirigenziali aziendali, alle quali sono demandati, in relazione alle strutture affidate alla loro direzione, l’applicazione delle misure di prevenzione della corruzione alle aree di rispettiva competenza, il monitoraggio della attuazione del Piano e la formulazione di proposte di modifica e di introduzione di azioni correttive, da apportare a quest’ultimo, nonché l’implementazione della sezione *“Amministrazione Trasparente”*, presente sul sito istituzionale, ai fini dell’assolvimento degli obblighi di pubblicazione stabiliti dalla normativa vigente.

Come previsto dal Piano Nazionale di Prevenzione della Corruzione, approvato dall’Autorità Nazionale AntiCorruzione e per la valutazione e la trasparenza delle amministrazioni pubbliche (A.N.A.C.), con delibera n. 72 dell’11 settembre 2013, le attività svolte dalle aziende per l’implementazione e l’attuazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione vengono inserite in forma di obiettivi nel Piano della Performance, anche in funzione della misurazione della performance individuale.

6. PROGRAMMI SPECIALI

6.1. LA RICERCA

Il *“Piano Socio Sanitario regionale 2010 -2014”* sottolinea come, in uno scenario di innovazione, la ricerca vada perseguita in sussidiarietà orizzontale favorendo la collaborazione dei network di ricerca sanitaria attivi sul territorio lombardo.

Si ribadisce, quale indirizzo di programmazione sanitaria di Regione Lombardia, l’indicazione di dare impulso alla ricerca accompagnandola ad un’azione di coordinamento, implementazione e divulgazione dei risultati ottenuti.

Il Programma Regionale di Sviluppo (PRS) della X Legislatura - approvato con D.C.R. n. X/78 del 9/07/2013 - definisce gli obiettivi, le strategie e le politiche che la Regione si propone di realizzare nell'arco della legislatura, per promuovere lo sviluppo economico, sociale e territoriale della Lombardia. Il PRS prevede, quale obiettivo strategico, la riorganizzazione della rete di offerta sociosanitaria.

6.1.1. FONDAZIONE REGIONALE PER LA RICERCA BIOMEDICA

La Fondazione Regionale per la Ricerca Biomedica rappresenta la piattaforma di coordinamento e lo strumento di governo di Regione Lombardia per l’area della ricerca.

Sono stanziati, per l’anno 2014, risorse fino a 25 milioni di euro, destinate alla Fondazione per promuovere, coordinare e sostenere progetti di studio, ricerca, conoscenza e innovazione nel settore scientifico, con particolare riguardo alle progettualità nell’area clinica e pre-clinica, sulla base del piano di attività annuale della Fondazione previsto dalla convenzione fra Regione Lombardia e la Fondazione stessa. Nell’ammontare di tali risorse sarà ricompresa la copertura finanziaria per la pubblicazione di un Bando di ricerca indirizzato agli IRCCS regionali di diritto pubblico e privato, per il cofinanziamento di progetti di ricerca ministeriale finalizzata di area clinico-assistenziale - per la quota non disponibile attraverso le maggiorazioni tariffarie di cui alla legge 7/2010 – oltre che per l’eventuale cofinanziamento dei progetti ministeriali di conto capitale degli IRCCS.

6.1.2. ATTIVITÀ DI RICERCA SANITARIA A SUPPORTO DELL’EVOLUZIONE DEL SSR

Si confermano le indicazioni contenute nelle regole di sistema 2013 circa l’assegnazione di 6 milioni di euro per attività di ricerca relativa alla cronicità, allo sviluppo della sanità elettronica e alle malattie rare, la cui procedura di assegnazione a specifici progetti avverrà nel corso del 2014.

Con riferimento alla cronicità, attenzione sarà posta, tra gli altri, agli ambiti cardiocerebrovascolare, neurologico (tra cui le lesioni midollari), delle malattie metaboliche.

All’interno delle linee già identificate verranno inoltre sostenuti prevalentemente progetti di ricerca organizzativa orientati a definire modelli per supportare l’azione di governance e di efficientamento del sistema (progetti volti allo sviluppo dei servizi territoriali, anche di

odontoiatria sociale, di trasformazione di presidi ospedalieri, di sviluppo delle reti di patologia, del riordino dei laboratori di analisi in logica federata attraverso l'interoperabilità dei sistemi informativi, dell'evoluzione e re-ingegnerizzazione dei sistemi i sistemi gestionali e logistici, razionalizzazione dei data center).

La presenza di risorse da destinare alla ricerca sanitaria innovativa e di risorse in conto capitale vincolate a progetti di efficientamento del sistema determina quindi un insieme di strumenti a disposizione delle aziende sanitarie per accelerare e dare supporto al processo di cambiamento.

6.1.3. ATTIVITÀ DI RICERCA A SUPPORTO DELLA RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE DI OFFERTA

Nel quadro dell'attività di ricerca a sostegno del governo del sistema sanitario, si conferma il ruolo di Eupolis quale supporto tecnico-scientifico al percorso di riforme del sistema sanitario regionale. Le aree di intervento riguarderanno l'analisi della domanda, dell'offerta ospedaliera, delle tariffe delle prestazioni, dei servizi sanitari e socio-sanitari territoriali e la compartecipazione della spesa. Il campo di approfondimento dell'intervento di Eupolis ricomprenderà anche la necessità di elaborare la proposta di un nuovo modello organizzativo per il potenziamento della "Rete regionale Trapianti".

6.1.4. MODELLO DI ANALISI DEL PERCORSO DI ARMONIZZAZIONE DEI BILANCI AZIENDALI EX D.LGS 118/2011

Il Decreto Legislativo 23 giugno 2011 n. 118 recante disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili delle Regioni, Enti Locali e aziende sanitarie sta innovando i criteri di bilancio delle autonomie locali che da due anni sono impegnate nei percorsi di sperimentazione per la messa a regime del nuovo sistema che sposta la rappresentazione monetaria delle attività istituzionali dell'ambiente finanziario a quello economico-patrimoniale.

Il citato decreto, all'articolo 19 e seguenti, detta il percorso di razionalizzazione delle aziende sanitarie che si sta perfezionando con l'emanazione dei decreti attuativi del 17 settembre 2012, in ordine alla certificabilità dei dati della gestione sanitaria accentrata regionale, e del 1° marzo 2013 in ordine alla definizione dei percorsi attuativi della certificabilità che riguarda in modo particolare le aziende sanitarie.

Regione Lombardia, nell'ultimo biennio, ha già provveduto a dare indirizzi e disposizioni facendo in modo di proseguire con costante verifica e attenzione il lavoro di classificazione e certificabilità delle voci di costo, di ricavo, del rendiconto patrimoniale e costruendo il risultato consolidato.

L'insieme di queste attività, permette una lettura omogenea e con criteri civilistici dello stato di salute economico-patrimoniale delle aziende del sistema sanitario regionale, e può rappresentare l'occasione per creare un modello consolidato e aggiornabile nel tempo di rilevazione dei costi e dei ricavi delle aziende (sia ASL che AO) che le renda comparabili tra di loro e con l'esplicitazione di indicatori di efficienza/efficacia pesati rispetto alla tipologia dei vari presidi ospedalieri, nonché alla conformazione delle voci di costo (personale, beni e servizi, oneri finanziari ecc.) rapportate alle prestazioni effettuate.

Questo progetto permetterà di avere un archivio dati strutturato su modello statistico-economico, aggiornabile annualmente, in grado di evidenziare non solo le situazioni aziendali

anomale rispetto alla media regionale e/o indirizzi di politica sanitaria e socio-sanitaria, ma anche i percorsi necessari al recupero delle varie disfunzioni.

Con successivo provvedimento entro il febbraio 2014 verrà adottato un modello di intervento e di analisi/studio da affidarsi alle professionalità esperte sul mercato secondo le procedure di legge di durata almeno biennale con una spesa prevista di 5 milioni di euro che dovrà essere operativo entro il mese di luglio 2014 in modo da poter lavorare sui bilanci aziendali del 2013 ed avere i primi dati commentabili entro il 2014 auspicabilmente in tempo utile per i provvedimenti di sistema del 2015.

6.2. PARTECIPAZIONE ALLA PROGRAMMAZIONE EUROPEA 2014/2020

Oltre alla partecipazione attiva e diretta della DG Salute alle progettualità cofinanziate dall'Unione Europea e alla sperimentazione dei servizi previsti nel sistema sanitario regionale, si prevede di potenziare il ruolo di governance e favorire la presentazione di proposte progettuali da parte di strutture del SSR all'acquisizione di progetti nel contesto della nuova programmazione europea 2014-2020. In particolare le strutture sanitarie verranno coinvolte nell'attuazione delle iniziative proposte dalla DG Salute per l'utilizzo dei Fondi strutturali (programmazione 2014-2020).

Saranno attivati interventi formativi specifici su europrogettazione e attuazione della Direttiva 2011/24/UE, verificando la possibile integrazione con l'offerta formativa disponibile nell'ambito del progetto nazionale "Mattone Internazionale".

6.3. COOPERAZIONE A FAVORE DI PAESI IN VIA DI SVILUPPO

Si avvierà il processo di revisione della legge regionale in materia di trasferimento di beni dismessi dalle strutture sanitarie (10/2001) al fine di semplificare l'attuale procedura in termini di efficienza e di efficacia visto l'attuale contesto economico. Anche in questa fase transitoria si conferma la necessità di pubblicare e tenere aggiornate le informazioni relative ai beni da dismettere nell'apposito sito.

Sulla base della DGR X/898/2013, per la misura C sarà emanato uno specifico bando per il ricovero di cittadini stranieri sotto i 21 anni che non trovano nel loro Paese cure adeguate, al quale sarà destinato per il 2014 un finanziamento pari a 1 milione di euro. Tale bando regolerà le modalità di presentazione delle istanze che saranno valutate da un'apposita Commissione di Valutazione Clinica. Il finanziamento destinato alla misura D sarà invece di € 500.000.

Si promuoverà, anche in forma sperimentale, lo sviluppo di attività di collaborazione tra realtà sanitarie pubbliche lombarde e Onlus a livello nazionale particolarmente impegnate nel settore sanitario. Si farà promozione di progetti di gemellaggio con i Paesi in Via di Sviluppo.

7. INTERNAZIONALIZZAZIONE, EXPO E MACROREGIONE DINAMICA

7.1. PROGETTO DI BENCHMARKING TRA SISTEMI SANITARI REGIONALI

In relazione all'obiettivo di mettere a sistema i servizi di pubblica utilità erogati nelle regioni che geograficamente costituiscono la macroregione del nord, si ritiene sia necessario procedere preventivamente a valutazioni di confronto tra i diversi modelli sanitari.

Il confronto verterà sui due seguenti livelli di analisi:

1. Vision: si rilevano sostanzialmente due fattispecie:
 - La condizione di servizio pubblico è garantita dalla gestione prevalentemente pubblica, in una logica di sussidiarietà verticale,
 - La condizione di servizio pubblico può essere garantita da una gestione mista pubblico privato, in una logica di sussidiarietà orizzontale e di condivisione della governance.

2. Modello: si rilevano sostanzialmente due modelli:
 - Gestione dei servizi garantita quasi esclusivamente dalle strutture di diritto pubblico;
 - Gestione dei servizi garantita da un mix pubblico privato.

L'attività di benchmarking che sarà effettuata in collaborazione con Éupolis dovrà consentire di individuare alcuni outcome di sistema e correlarli con la vision ed i diversi strumenti di governance messi in atto nelle diverse realtà.

Tali outcome potranno andare da quelli economici a quelli legati alla qualità dei servizi, intesa in termini di accessibilità, efficacia ed appropriatezza.

I risultati saranno utili per focalizzare gli aspetti di maggior valore, che potranno diventare fattori condivisi a livello di macroarea del nord, utili ad elevare in forma omogenea gli standard dei servizi gestiti ed organizzati a cura delle singole Regioni.

7.2. STRATEGIE PER L'ATTRATTIVITÀ INTERNAZIONALE IN AMBITO MACROREGIONE

Col recepimento della Direttiva UE 24/2011 sulla mobilità sanitaria transfrontaliera, si ampliano la competizione tra sistemi sanitari e la costituzione di "reti cliniche di riferimento" in Europa. Si avvicina inoltre la scadenza di EXPO 2015, che può essere valorizzata anche come opportunità di marketing sanitario e di "vetrina" del sistema salute della Lombardia sulla scena sanitaria internazionale. Per mantenere il livello di eccellenza ed essere competitivi in Europa e nel mondo, dobbiamo mettere in rete le migliori energie possibili ed adottare logiche di mercato che ci consentano di competere con l'offerta internazionale. L'azione regionale è volta a sviluppare l'attrattività del SSR a livello internazionale, promuovendo al contempo una nuova capacità di marketing nelle strutture del SSR, anche con interventi di formazione di una managerialità competente.

La strategia di Regione Lombardia per conseguire questi obiettivi punta a promuovere la capacità di fare sistema in un ambito sovregionale, con una visione di governance trasversale e coesa. Le grandi aree regionali saranno sempre più centrali per la competitività del futuro, e il governo di queste macro-aree assumerà un peso sempre maggiore in un'ottica di sviluppo di medio-lungo termine. Per affrontare le numerose sfide poste dall'apertura delle frontiere sanitarie in Europa e promuovere l'attrattività del SSR, la Regione intende realizzare, anche in ambito sanitario, una stringente cooperazione tra le regioni del Nord con l'obiettivo di valorizzare le rispettive specificità e gli elementi di eccellenza. L'ambizione di lungo periodo è la creazione di una macroarea sanitaria che favorisca lo sviluppo e la competitività dei servizi aggregando risorse umane, tecniche, ed economico-finanziarie, e intercettando nuove opportunità/target anche a livello internazionale. La Lombardia avrà molte opportunità per posizionarsi tra i territori più attrattivi per l'offerta sanitaria, e sarà in prima linea in questo processo, come già è avvenuto nell'ambito nazionale.

Sarà in questo contesto avviata una attività di marketing sanitario territoriale, volta a:

- Rappresentare sulla scena internazionale l'eccellenza della rete ospedaliera lombarda, inclusa l'eccellenza di tipo organizzativo e manageriale;
- Promuovere e attrarre flussi di turismo sanitario verso la Regione Lombardia, valorizzando la rete di poli di eccellenza assistenziale e di ricerca.

Si intende inoltre incrementare l'indice di attrazione del SSR da altri Paesi, valorizzando le conoscenze e le competenze sviluppate presso le strutture del SSR, anche attraverso strumenti di comunicazione verso l'estero, alleanze strategiche e Networking.

L'azione sarà realizzata in particolare con:

- promozione e affiancamento nella programmazione di eventi e manifestazioni, anche attraverso la partecipazione della DG Salute o delle strutture sanitarie ai finanziamenti del Progetto Mattone Internazionale;
- sostegno ad accordi di partenariato tra aziende sanitarie lombarde e strutture omologhe in realtà avanzate, finalizzati allo scambio di conoscenze ed al confronto tra best practices;
- implementazione del database delle iniziative aziendali internazionali, con la regola che le Aziende che intendono intraprendere nell'ambito dell'autonomia aziendale attività in ambito internazionale (intese, progetti, missioni di rilievo, partecipazione a network...) dovranno preventivamente segnalarle alla DG Salute, ai fini del coordinamento.

7.3. VERSO EXPO

7.3.1. ASPETTI LEGATI ALLA SICUREZZA DI CITTADINI, LAVORATORI E ALLA TUTELA DEI PARTECIPANTI

L'evento EXPO ha forte impatto sul territorio regionale sia nella fase di preparazione dell'opera – che coinvolge imprese e lavoratori impegnati nei Comuni di competenza dell'ASL MI e ASL MI1 nella costruzione delle opere *essenziali* ai sensi dell'art. 1 comma 3 così come definiti all'allegato I del DPCM 22.10.2008 e succ. mod. (piastra, padiglioni, ecc.) e di *quelle connesse e necessarie*, individuate nell'Allegato 1 al DPCM 1 marzo 2010 (infrastrutture stradali)- che durante la sua realizzazione.

Le esigenze di tutela del cittadino e del lavoratore che si presentano in occasione dell'esposizione sono complesse, plurime e differenziate, da realizzare in coordinamento con gli altri Enti competenti (Direzione Regionale del Lavoro, INAIL, ARPA, Comuni, ecc.).

Nel 2014 sarà programmata ed effettuata una attività straordinaria ascrivibile a:

- vigilanza nei cantieri comprensiva di interventi di assistenza alle aziende, anche straniere;
- rilascio dei pareri per l'allestimento dei pubblici spettacoli;
- sorveglianza alimentare;
- assistenza alle imprese del settore servizi alla persona (centri estetici, spa, ecc.);
- comunicazione/diffusione dei dati di qualità delle acque di balneazione a promozione dell'attrattività turistica del territorio (laghi e fiumi), in collaborazione con DG Commercio, Turismo e Terziario e con i Comuni;
- attività di informazione in materia di sicurezza e salute nei confronti dei volontari.

Vi è quindi la necessità di garantire:

- l'applicazione delle norme, con particolare riguardo alle azioni di assistenza e supporto;
- uniformità degli interventi di controllo effettuati da tutti gli organi competenti;
- il coordinamento degli Enti e delle Parti Sociali sulle azioni ritenute prioritarie.

Il potenziale emergere di situazioni di criticità in tema di sanità pubblica, richiede una decisa azione di governance sul territorio. Essa concerne sia la prevenzione e gestione delle emergenze straordinarie (ad esempio eventi terroristici, rischio idrogeologico e sismico, ecc.) che quelle ordinarie, negli ambienti di lavoro (danni da impianti produttivi, incidentalità nei luoghi di lavoro/infortuni e malattie lavoro-correlate ad evoluzione acuta occorsi a lavoratori, compresi i volontari) e di vita (cluster di malattie infettivo-diffusive e focolai epidemici, allerta per non conformità di alimenti e bevande, insorgenza di sintomi e segni obiettabili ascrivibili a non conformità di un articolo/prodotto - sostanze chimiche pericolose/Regolamento REACH, ecc).

Nel 2014 si intende consolidare, potenziare e aggiornare il sistema integrato di sicurezza, con particolare riguardo ai Dipartimenti di Prevenzione Medici delle ASL, affinché sia in grado di prevenire e affrontare meglio le situazioni di difficoltà e di emergenza, individuando e pianificando le misure di previsione, prevenzione e fronteggiamento dei rischi, attraverso:

- l'adozione di protocolli di intervento da parte delle ASL in materia di emergenza di sanità pubblica e loro condivisione con tutte le strutture operative interessate;
- il rafforzamento della Guardia Igienica Permanente del Dipartimento di Prevenzione Medico delle ASL, in collaborazione con le strutture del "sistema regione" coinvolte.

Rispetto a tutto quanto attiene al presente paragrafo, nel 2014 seguiranno indicazioni a cura della DG Salute.

7.3.2. ASPETTI LEGATI AGLI INTERVENTI DA PREVEDERE SULLA RETE ASSISTENZIALE

Nel 2014, la DG Salute intende programmare un'attività di coordinamento delle Aziende Sanitarie, preparatoria a EXPO 2015, finalizzata in particolare a:

- predisporre i piani per la gestione dei flussi in emergenza-urgenza provenienti dal contesto EXPO, identificando in collaborazione con AREU specifiche strutture ospedaliere di riferimento;
- valutare in particolare proposte per predisporre Poliambulatori Guardia Medica EXPO ai quali dirottare i pazienti urgenti ma non di competenza del PS, che siano aperti almeno 18 ore al dì, tutti i giorni della settimana, e che siano dotati di vari specialisti e adeguati strumenti diagnostici, anche in rete coi principali poli ospedalieri. A questi Presidi dovranno essere

- indirizzati i pazienti dopo adeguata informazione multilingue (anche con numero verde) da estendere anche alle infrastrutture turistiche, quali alberghi, taxi, aeroporti, trasporti, ecc.;
- favorire l'accoglienza sanitaria di visitatori di EXPO affetti da patologie croniche, anche attraverso l'organizzazione di pacchetti assistenziali (ad es. ossigenoterapia, servizi di dialisi, mantenimento protocolli di chemioterapia, monitoraggio e supporto ai cardiopatici, servizi di riabilitazione, ecc.), assistenza infermieristica, trasporti e altri eventuali servizi a supporto dei malati cronici, valutando anche la possibilità di utilizzare strumenti di e-health;
 - a potenziare e qualificare la rete di risposta alla bioemergenza, per prevenire eventi biologici indesiderati, garantire una risposta diagnostica rapida e confermatrice, sviluppando al contempo potenzialità di interesse per l'internazionalizzazione del servizio, per il trasferimento tecnologico-sanitario e la formazione verso Paesi in via di sviluppo.

Nel 2014 saranno inoltre avviate dalla DG Salute procedure per organizzare eventi di interesse per il sistema sanitario regionale, in concomitanza con EXPO e in collaborazione con esperti internazionali e organizzazioni internazionali di riferimento.

7.3.3. VALORIZZAZIONE DEI PRODOTTI ITALIANI IN TEMA DI SICUREZZA ALIMENTARE

L'attività progettuale per EXPO 2015 da parte dei Dipartimenti di Prevenzione Veterinaria (DPV) delle ASL dovrà essere attuata nei seguenti ambiti:

- *Valorizzazione dei prodotti alimentari italiani di origine animale*
La riduzione dei rischi per il consumatore, il miglioramento delle produzioni zootecniche e degli alimenti, anche al fine di assicurare e mantenere l'apertura dei mercati dei Paesi terzi, sono possibili solo attraverso il coinvolgimento di tutti gli attori della filiera agroalimentare a fianco delle istituzioni scientifiche e di ricerca.
Secondo le indicazioni regionali i DPV dovranno avviare collaborazioni su specifici progetti di ricerca in coordinamento con Enti, Associazioni dei produttori e Istituti scientifici.
- *Migliorare in modo trasparente l'informazione sui contenuti e le proprietà degli alimenti, diffondere la conoscenza dei processi di produzione*
Attuazione degli step previsti dalla UO Veterinaria per la realizzazione del progetto regionale "ARS-Alimentaria", in collaborazione con il Ministero della Salute e gli Enti di ricerca regionali.
- *Intensificazione e razionalizzazione dell'attività di controllo per la sicurezza alimentare in vista dell'evento EXPO 2015*
I DPV dovranno garantire secondo quanto codificato da un apposito Piano in coordinamento col Ministero della Salute, l'intensificazione dell'attività di controllo integrata tra le diverse AC sul settore agroalimentare in vista dell'evento EXPO 2015 che vedrà, in un limitato periodo di tempo, l'afflusso di un consistente numero di consumatori in un'area ristretta.

Allegato 3 - Sub Allegato A "Tariffe 108 DRG a rischio di inapproprietezza"

Codice icd9-cm	Descrizione	Tariffa in €	DRG di interesse	DRG a rischio inapproprietezza (Patto per la Salute 2010-2012)
04.44	LIBERAZIONE DEL TUNNEL TARSALE - Incluso: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozioni punti, visita di controllo	1.816	008, 225	Allegato A
05.29	ALTRE SIMPATECTOMIE E GANGLIECTOMIE - Incluso: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozioni punti, visita di controllo	2.075	007, 008	Allegato B
13.19	ALTRA ESTRAZIONE INTRACAPSULARE DEL CRISTALLINO - Incluso: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozioni punti, visita di controllo	839	039	Allegato A
13.70	INSERZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE, SAI - Incluso: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozioni punti, visita di controllo	843	039	Allegato B
13.71	INSERZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE INTRAOCULARE AL MOMENTO DELLA ESTRAZIONE DI CATARATTA, ESEGUITI IN CONTEMPORANEA - Incluso: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozioni punti, visita di controllo	850	039	Allegato A
13.72	IMPIANTO SECONDARIO DI CRISTALLINO ARTIFICIALE - Incluso: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozioni punti, visita di controllo	848	039	Allegato A
13.8	RIMOZIONE DI CRISTALLINO IMPIANTATO - Incluso: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozioni punti, visita di controllo	847	039	Allegato A
18.31	ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE DELL'ORECCHIO ESTERNO - Incluso: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozioni punti, visita di controllo	1.100	055, 270	Allegato B
18.39	ALTRA ASPORTAZIONE DELL'ORECCHIO ESTERNO - Incluso: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozioni punti, visita di controllo	1.200	055, 270	Allegato B
21.5	RESEZIONE SOTTOMUCOSA DEL SETTO NASALE - Incluso: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozioni punti, visita di controllo	1.373	055	Allegato B
21.61	TURBINECTOMIA MEDIANTE DIATERMIA O CRIOCHIRURGIA - Incluso: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozioni punti, visita di controllo	1.381	055	Allegato B
21.62	FRATTURA DEI TURBINATI - Incluso: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozioni punti, visita di controllo	1.382	055	Allegato B
21.69	ALTRA TURBINECTOMIA - Incluso: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozioni punti, visita di controllo	1.381	055	Allegato B
23.11	ESTRAZIONE DI RADICE RESIDUA - Incluso: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, eventuale alveoplastica (cod. 24.5), medicazioni, rimozioni punti, visita di controllo; (Per settore)	500	187, 168, 169	Allegato B
23.19	ALTRA ESTRAZIONE CHIRURGICA DI DENTE - Odontectomia NAS, rimozione di dente incluso, allacciamento di dente incluso, germectomia, estrazione dentale con elevazione di lembo muco-periostale; Incluso: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, eventuale alveoplastica (cod. 24.5), medicazioni, rimozioni punti, visita di controllo; (Per settore)	500	187, 168, 169	Allegato B
30.09	ALTRA ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELLA LARINGE - Incluso: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozioni punti, visita di controllo	1.376	055	Allegato B
33.27	BIOPSIA ENDOSCOPICA DEL POLMONE - Incluso: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozioni punti, visita di controllo	2.600	076, 077, 402, 408	Allegato B
53.01	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE DIRETTA - Incluso: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozioni punti, visita di controllo	1.118	162, 163	Allegato A
53.02	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE INDIRETTA - Incluso: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozioni punti, visita di controllo	1.063	162, 163	Allegato A
53.03	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE DIRETTA CON INNESTO O PROTESI - Incluso: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozioni punti, visita di controllo	1.122	161-163	Allegato B
53.04	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE INDIRETTA CON INNESTO O PROTESI - Incluso: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozioni punti, visita di controllo	1.120	161-163	Allegato B
53.05	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE CON INNESTO O PROTESI, SAI - Incluso: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozioni punti, visita di controllo	1.114	161-163	Allegato B
53.21	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA CRURALE CON INNESTO O PROTESI - Incluso: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozioni punti, visita di controllo	1.120	162	Allegato A
53.29	ALTRA ERNIORRAFIA CRURALE MONOLATERALE - Incluso: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozioni punti, visita di controllo	1.105	162, 163	Allegato A
53.41	RIPARAZIONE DI ERNIA OMBELICALE CON PROTESI - Incluso: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozioni punti, visita di controllo	1.502	159, 160, 163	Allegato A
53.49	ALTRA ERNIORRAFIA OMBELICALE - Incluso: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozioni punti, visita di controllo	1.467	159, 160, 163	Allegato A
63.1	ASPORTAZIONE DI VARICOCELE E IDROCELE DEL CORDONE SPERMATICO - Incluso: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozioni punti, visita di controllo	1.472	339, 340	Allegato B
63.2	ASPORTAZIONE DI CISTI DELL'EPIDIDIMO O SPERMATOCELE - Incluso: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozioni punti, visita di controllo	1.580	339, 340	Allegato B
67.2	CONIZZAZIONE DELLA CERVICE - Incluso: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozioni punti, visita di controllo	1.114	363, 364	Allegato B
67.39	ALTRA ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELLA CERVICE - Incluso: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozioni punti, visita di controllo	974	360, 375	Allegato B
68.29	ALTRA ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE DELL'UTERO - Incluso: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozioni punti, visita di controllo	2.133	354, 355, 357-359, 377	Allegato B
77.51	ASPORTAZIONE DI BORSITE CON CORREZIONE DEI TESSUTI MOLLI ED OSTEOTOMIA DEL PRIMO METATARSO - Incluso: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozioni punti, visita di controllo	1.978	225	Allegato A
78.60	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO IMPIANTATO, SEDE NON SPECIFICATA - Incluso: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozioni punti, visita di controllo	2.333	537, 538	Allegato B
78.61	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO IMPIANTATO DA SCAPOLA, CLAVICOLA E TORACE (COSTE E STERNO) - Incluso: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozioni punti, visita di controllo	2.306	537, 538	Allegato B
78.62	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO IMPIANTATO DALL'OMERO - Incluso: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozioni punti, visita di controllo	2.332	537, 538	Allegato B
78.63	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO IMPIANTATO DA RADIO E ULNA - Incluso: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozioni punti, visita di controllo	2.342	537, 538	Allegato B
78.64	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO IMPIANTATO DA CARPO E METACARPO - Incluso: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozioni punti, visita di controllo	1.423	537, 538	Allegato B
78.66	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO IMPIANTATO DALLA ROTULA - Incluso: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozioni punti, visita di controllo	2.324	537, 538	Allegato B
78.67	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO IMPIANTATO DA TIBIA E FIBULA - Incluso: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozioni punti, visita di controllo	2.316	537, 538	Allegato B

78.68	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO IMPIANTATO DA TARSO E METATARSO - Incluso: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozioni punti, visita di controllo	1.436	537, 538	Allegato B
78.69	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO IMPIANTATO DA ALTRE OSSA - Incluso: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozioni punti, visita di controllo	2.316	537, 538	Allegato B
80.20	ARTROSCOPIA, SEDE NON SPECIFICATA - Incluso: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozioni punti, visita di controllo	1.361	232	Allegato A
82.35	ALTRA FASCECTOMIA DELLA MANO - Incluso: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozioni punti, visita di controllo	1.228	228, 229	Allegato B
83.39	ASPORTAZIONE DI LESIONE DI ALTRI TESSUTI MOLLI - Incluso: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozioni punti, visita di controllo	1.350	226, 227, 270	Allegato B
84.01	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DI DITA DELLA MANO - Incluso: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozioni punti, visita di controllo	1.500	229, 441	Allegato A
84.02	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DEL POLLICE - Incluso: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozioni punti, visita di controllo	1.600	229, 441	Allegato A
84.11	AMPUTAZIONE DI DITA DEL PIEDE - Incluso: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozioni punti, visita di controllo	2.500	114, 225	Allegato A
86.63	INNESTO DI CUTE A TUTTO SPESSORE IN ALTRA SEDE - Incluso: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozioni punti, visita di controllo	1.396	264-266	Allegato B
86.66	OMOINNESTO SULLA CUTE - Incluso: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozioni punti, visita di controllo	2.500	120, 217, 263-266	Allegato B
86.67	INNESTO DI DERMIS RIGENERATIVO - Incluso: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozioni punti, visita di controllo	2.500	120, 217, 263-266, 439	Allegato B
86.69	ALTRO INNESTO DI CUTE SU ALTRE SEDI - Incluso: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozioni punti, visita di controllo	1.500	120, 217, 263-266, 439	Allegato B
86.89	ALTRA RIPARAZIONE O RICOSTRUZIONE DI CUTE E TESSUTO SOTTOCUTANEO - Incluso: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozioni punti, visita di controllo	1.731	268, 443	Allegato B
98.51	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE E/O VESCICA - Incluso: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozioni punti, visita di controllo	472	323	Allegato A
98.52	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DELLA COLELITIA E/O DOTTO BILIARI - Incluso: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozioni punti, visita di controllo	472	208	Allegato A
98.59	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DI ALTRE SEDI - Incluso: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozioni punti, visita di controllo	472	208, 323	Allegato A

1. PRESTAZIONI DI RICOVERO

Si conferma la necessità, per l'anno 2014, che almeno il 14% delle attività di ricovero siano soggette a controlli. Una quota fino a 7 punti percentuali dei 14 sopra previsti potrà essere riferita ad attività di autocontrollo effettuate a cura dei soggetti erogatori secondo le modalità di selezione del campione e di successiva verifica dell'autocontrollo da parte delle ASL, stabilite dalle DGR n. VIII/10077/09, n. IX/621/10 e n. IX/4334/2012 (e relativa Circolare esplicativa n. 36178 del 17.12.2012).

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 conseguenti verifiche di congruenza.

In particolare, come esplicitato nella citata Circolare n. 36178/2012, la quota di controllo attualmente prevista, al fine di raggiungere il valore complessivo del 14%, risulta così composta:

- quota fino al 3% riferita ad attività di autocontrollo della qualità della documentazione clinica, effettuata a cura dei soggetti erogatori (di cui alle DGR n. VIII/10077/2009 e n. IX/621/2010), selezionata con modalità di campionamento casuale da parte delle ASL;
- quota di almeno il 7% riferita ai controlli di congruenza ed appropriatezza generica (o organizzativa) sulle prestazioni di ricovero, selezionata con modalità di campionamento mirato;
- quota fino al 4% riferita ad attività di autocontrollo di congruenza ed appropriatezza generica (o organizzativa) sulle prestazioni di ricovero, effettuata a cura dei soggetti erogatori e selezionata da parte degli stessi con modalità da essi definite.

Si ricorda che la quota attesa di controlli deve risultare omogeneamente distribuita per singolo Erogatore controllato, dovendosi rilevare il raggiungimento del 14% di pratiche esaminate in riferimento a ciascun codice HSP11.

La produzione annuale di riferimento per il calcolo delle suddette quote percentuali è il numero dei ricoveri finanziati dal SSR nell'anno solare 2013.

Autocontrollo di congruenza

Oggetto dell'autocontrollo di congruenza saranno le cartelle cliniche prodotte nel primo semestre dell'anno solare 2014 (gennaio-giugno), selezionate, anche per quest'Esercizio, con criteri di campionamento definiti dagli stessi erogatori, potendosi inserire detta attività nel contesto dell'autocontrollo interno già organizzato dalle strutture erogatrici.

Il numero di ricoveri da sottoporre a questa tipologia di autocontrollo deve corrispondere al 4% della produzione finanziata dal SSR nell'anno solare 2013.

Le strutture di ricovero provvederanno, entro il 31 gennaio 2014, ad inviare alla ASL di appartenenza un Piano di Controllo aziendale in cui siano esplicitati in maniera ragionata i criteri di campionamento e le modalità organizzative utilizzati.

L'elenco delle cartelle selezionate dall'Erogatore verrà inviato mensilmente alla ASL di appartenenza, in considerazione del fatto che le stesse saranno individuate man mano con il procedere della produzione. I suddetti elenchi non potranno comprendere cartelle già controllate dalle ASL o oggetto di futuri controlli già ufficialmente comunicati. Nel caso in cui si verificassero sovrapposizioni tra le pratiche selezionate dall'Erogatore e quelle campionate dalle ASL nel corso delle consuete verifiche di congruenza, sarà facoltà delle stesse ASL disporre eventualmente la sostituzione, ad opera della struttura di ricovero, di parte del campione selezionato.

Gli esiti della descritta attività, dovranno pervenire alla ASL di appartenenza entro il 30 settembre 2014, la quale procederà quindi alla verifica di concordanza sugli esiti prodotti e alla conclusione del relativo iter amministrativo entro la consueta scadenza prevista dal proprio debito informativo verso gli Uffici regionali (28 febbraio 2015).

In merito ai suddetti esiti, si rammenta inoltre che non sono ammesse ricodifiche che comportino un aumento del rimborso previsto. Per questi motivi, le pratiche che risultassero iper-valorizzate a seguito delle ipotesi di ricodifica degli erogatori, andranno trasmesse dagli stessi alle ASL come confermate (codici originali) e quindi classificate con esito A.

Come già anticipato con la DGR n. IX/4334/2012, si ribadisce che tutta l'attività svolta in autocontrollo da parte degli erogatori, seguita poi da verifica di concordanza da parte delle ASL, non sarà soggetta a possibilità di sanzionamento, in applicazione del principio del "ravvedimento operoso".

Detto principio è da intendersi applicabile però solo nel caso in cui l'esito di concordanza ASL/Erogatore sia positivo.

Si precisa a questo proposito che in caso di concordanza negativa, l'estensione all'intera produzione disponibile, condotta dalle ASL nell'ambito dello stesso episodio ispettivo, riguarderà almeno le fattispecie di errore riscontrate nel mini-campione di concordanza; in questo caso, se ne incorrono gli estremi (cfr. paragrafo "Sanzioni"), si procederà quindi anche al sanzionamento amministrativo.

In caso di concordanza positiva, sarà invece cura della struttura di ricovero operare le correzioni per l'anno solare in corso, nei tempi previsti (fino al 15 febbraio 2015), esclusivamente per la quota che eccede il 4% autocontrollato.

A questo proposito si ricorda che gli esiti delle attività di autocontrollo NON devono portare a delle modifiche delle SDO già inviate in Regione (tramite il consueto flusso SDO). La struttura erogatrice, per le pratiche soggette ad autocontrollo, non procede quindi ad alcuna segnalazione in Regione rispetto all'esito; a tale segnalazione procede come di consueto la ASL nell'ambito del previsto debito informativo, il quale utilizzerà il consueto tracciato NOC di congruenza, con le seguenti specifiche di contenuto:

- 58 RILEVATORE per le pratiche visionate direttamente dal NOC delle ASL, il rilevatore è indicato come da tracciato di congruenza, per le pratiche visionate solo dalla Struttura il rilevatore è indicato dalle ultime 5 cifre del COSP;
- 59 TIPO_CAMP tipologia del campione: **B** (SDO incluse nel campione di autocontrollo di congruenza); **9** (SDO campionate in estensione oltre il 4%);
- 61 ESITO_ALTRO esito in termini di concordanza tra valutazione ASL ed autovalutazione: S=concordanza, N=non concordanza.

La trasmissione degli esiti dell'autocontrollo di congruenza tra Erogatori ed ASL nei tempi previsti (30 settembre 2014), avverrà invece secondo le modalità comunicate con la nota della DG Salute n. 22981 del 02.08.2013, cui si rimanda.

Autocontrollo della qualità documentale

Per il campionamento delle pratiche oggetto di autocontrollo della qualità documentale permarrà anche per quest'anno la modalità di campionamento casuale da operarsi da parte delle ASL, le quali utilizzeranno come riferimento per detto campionamento la produzione dei primi tre mesi dell'anno solare (gennaio-marzo 2014).

Il numero di ricoveri da sottoporre a questa tipologia di autocontrollo deve corrispondere al 3% della produzione finanziata dal SSR nell'anno solare 2013.

L'Erogatore invierà i propri esiti di autocontrollo, con le modalità già previste dalla normativa vigente, entro il 30 settembre 2014.

Le ASL procederanno alle proprie verifiche di concordanza sui suddetti esiti e alla conclusione del relativo iter amministrativo entro la consueta scadenza prevista dal proprio debito informativo verso gli Uffici regionali (28 febbraio 2015).

Anche per questo tipo di autocontrollo, si ricorda che l'attività svolta da parte degli erogatori, seguita poi da verifica di concordanza da parte delle ASL, non sarà soggetta a possibilità di sanzionamento, in applicazione del principio del "ravvedimento operoso": detto principio è da intendersi, anche in questo caso, applicabile solo nel caso in cui l'esito di concordanza sia positivo.

In caso di concordanza negativa, la ASL procederà all'estensione all'intero campione di autocontrollo nell'ambito dello stesso episodio ispettivo e, se ne incorrono gli estremi (cfr. paragrafo "Sanzioni"), procederà al sanzionamento amministrativo.

Verifiche di concordanza

Per entrambe le tipologie di autocontrollo, in merito alle modalità con cui determinare la numerosità del campione da sottoporre a verifica di concordanza da parte delle ASL nonché alle modalità di calcolo del livello di concordanza stesso, si utilizzerà anche per quest'anno la metodologia introdotta con le Regole 2013 (cfr. Circolare n. 36178/2012), come esemplificata nella tabella seguente, nella quale il campione soggetto a verifica da parte delle ASL è calcolato con la formula di Levi-Lemeshow applicata al valore centrale di classe e la soglia per l'estensione (valutata sul n° pratiche errate) è del 5%:

Campione autocontrollo Erogatore (n° pratiche)	Campione NOC Asl (n° pratiche)	Soglia per estensione (n° pratiche)
< 50	33	2
51 - 68	37	2
69 - 88	43	3
89 - 113	49	3
114 - 146	55	3
147 - 188	61	4
189 - 242	67	4
243 - 311	72	4
312 - 399	76	4
400 - 513	79	5
514 - 659	83	5
660 - 847	85	5
848 - 1.088	87	5
1.089 - 1.397	89	5
1.398 - 1.795	91	5
1.796 - 2.500	92	5
> 2.500	93	5

Riepilogo

Volendo sintetizzare, la distribuzione dei compiti tra ASL ed Erogatori in tema di autocontrollo, può essere così riepilogata:

1. Autocontrollo qualità documentale (3%)

dai dimessi dal 1° gennaio 2014

ASL:

- campionamento casuale (numerosità = 3% produzione 2013) su gennaio-marzo 2014;
- invio ad Erogatori elenchi cartelle cliniche campionate.

Erogatore:

- invio esiti autocontrollo solo in ASL (no correzioni in Regione su campione) entro il 30 settembre 2014.

ASL:

- campionamento quota parte del 3% iniziale, per verifica di concordanza;
- in concordanza, no sanzionamento per errore;
- in discordanza, estensione a intero campione autocontrollo e sanzionamento per errore (se decurtazione economica $\geq 5\%$);
- invio esiti quota parte controllo ASL ed autocontrollo Erogatore in Regione entro 28.02.15.

2. Autocontrollo congruenza (4%)

dai dimessi dal 1° gennaio 2014

Erogatore:

- Piano di Controllo aziendale (invio in ASL entro 31 gennaio 2014);
- campionamento mirato o casuale o misto (numerosità = 4% produzione 2013) su gennaio-giugno 2014;
- invio mensile in ASL elenchi cartelle cliniche campionate;
- invio esiti autocontrollo solo in ASL (no correzioni in Regione su campione) entro il 30 settembre 2014.

ASL:

- segnalazione criticità Piano di Controllo aziendale (es. mancato rispetto quadro normativo regionale);
- campionamento quota parte del 4% iniziale, per verifica di concordanza;
- in concordanza, no sanzionamento per errore;
- in discordanza, estensione a intera produzione disponibile e sanzionamento per errore (se decurtazione economica $\geq 5\%$);
- invio esiti quota parte controllo ASL ed autocontrollo Erogatore in Regione entro 28.02.15.

1.a. Impianto di valvola aortica trans-catetere (TAVI)

In riferimento ai disposti della DGR n. VIII/7612 del 07.02.2008, con la quale sono state date le prime indicazioni sulle corrette modalità clinico-organizzative per il trattamento percutaneo della patologia valvolare cardiaca, si definisce di integrare i contenuti di cui alla norma citata, come di seguito specificato:

con particolare riferimento alla procedura di impianto di valvola aortica trans-catetere (TAVI, *Transcatheter Aortic Heart Valve*), al fine di garantire che la stessa venga effettuata secondo criteri di appropriatezza, si stabilisce di procedere ad una chiara individuazione delle indicazioni al trattamento.

A questo proposito, come da linee guida delle principali società scientifiche di riferimento nel settore della cardiologia interventistica (ESC, 2012 - EACTS, 2012 - SICCH, 2010), si chiarisce che l'indicazione alla TAVI è da circoscrivere a pazienti affetti da stenosi aortica severa sintomatica, non candidabili alla cardiochirurgia, con aspettativa di vita superiore ad un anno (in base alla valutazione delle comorbidità) e per i quali è atteso un miglioramento della qualità di vita.

Si ricorda altresì che questa tipologia di interventi deve essere eseguita solo in centri con un reparto di cardiochirurgia stabilmente presente ed autorizzato e con un volume di interventi riferito ad almeno 300 casi/anno.

Al fine di verificare il corretto rispetto delle indicazioni descritte, si stabilisce di istituire un meccanismo di controllo tra pari, che coinvolga quindi il livello del professionista; a questo scopo si è proceduto innanzitutto ad istituire un tavolo di lavoro regionale (che ha visto coinvolti i referenti delle principali società scientifiche di riferimento), al quale è stato dato mandato di predisporre una check-list, da utilizzare quale elemento di valutazione circa il rispetto delle corrette indicazioni al trattamento: la compilazione della citata check-list (di seguito riportata al Punto 1.a.1.) è obbligatoria a decorrere dalle prestazioni effettuate dal 1° gennaio 2014, garantendo che la stessa sia sempre presente in cartella clinica.

Successivamente verranno date indicazioni in merito alla metodologia di controllo della documentazione clinica, così integrata, della suddetta tipologia di ricoveri, da realizzarsi in sinergia tra gli organi di controllo delle ASL ed un pool di professionisti clinici esperti nella materia, cui si richiede di condurre una valutazione in cieco.

Gli esiti delle suddette valutazioni saranno ritenuti vincolanti ai fini del riconoscimento economico dei relativi episodi di ricovero.

Per quanto detto si sospendono le indicazioni, di cui alla citata DGR n. VIII/7612/2008, in merito al punteggio Euroscore.

1.a.1. Fac-simile di Scheda da inserire in cartella

Spazio per l'etichetta identificativa del Paziente

Premesse:

In base alle recenti linee guida sul trattamento della stenosi valvolare aortica¹ che noi sottoscritti dichiariamo di conoscere ed accettiamo, è stato presentato e discusso collegialmente nella riunione dell' "Heart Team" di questo Centro, svoltasi in data, il caso della/del paziente Signora/Signor n° nosologico..... nata/o il ricoverata/o il

Si sottoscrive che in base alle linee guida ESC (2012), EACTS (2012) e SICCH (2010), l'intervento deve essere eseguito solo in centri con un reparto di cardiocirurgia stabilmente presente il loco ed autorizzato, con un volume di interventi riferito ad almeno 300 casi/anno.

Durante la riunione sono stati considerati, oltre agli elementi anamnestici ed alla sintomatologia riferita, i seguenti dati strumentali, i cui referti devono essere presenti in cartella:

1. I parametri ECOCARDIOGRAFICI

Parametri Stenosi aortica	Valori di riferimento	Valori rilevati
Area valvolare (cm ²)	<1.0	
Area valvolare indicizzata (cm ² /m ² /BSA)	<0.6	
Gradiente medio (mmHg)	>40 ^a	
Velocità jet massima (m/s)	>4.0	
Frazione di eiezione del ventricolo sinistro		
Fenotipo valvolare	Tricuspid e Bicuspid e	

Note:

2. **Le immagini CT Scan total body o angio-RM toraco-addominale** con eventuale ricostruzione 3D eseguita in data presso questo centro/ospedale ovvero presso

Note:

3. **La coronarografia e/o angio-TC** coronarica eseguita in data presso questo centro/ospedale ovvero presso

Note:

4. **I parametri utili per valutare lo score di rischio chirurgico e gli score di rischio derivati** (in cartella devono essere presenti tutti i parametri necessari per ricalcolarlo):

a. STS Score = (se < 10 specificare meglio il motivo di indicazione a TAVI):
.....

b. Frailty Index:

– Test del cammino (miglior tempo misurato in tre prove su 4 metri):
.....

– Altro:

Note:

5. Motivo di controindicazione all'intervento standard:

- Età
- Reintervento con graft pervi

¹ Vahanian, A., Alfieri, O., Andreotti, F., Antunes, M. J., Baron-Esquivias, G., et al. (2012, October). Guidelines on the management of valvular heart disease (version 2012): The Joint Task Force on the Management of Valvular Heart Disease of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *European Heart Journal*. Doi: 10.1093/eurheartj/ehs 109.

- Aorta calcifica
- Malattia polmonare
- Epatopatia grave o malattia ematologica
- Altro

Conclusioni:

.....

.....

.....

.....

FIRME:

Nome e Cognome Firma

*Cardiologo emodinamista

Nome e Cognome Firma

*Cardiologo ecocardiografista

Nome e Cognome Firma

*Cardiochirurgo

Nome e Cognome Firma

*Anestesista

*firme obbligatorie

Nome e Cognome Firma

Altro specialista (neurologo, geriatra ecc.)

1.b. Codice ICD-9-CM 86.22 “rimozione asportativa di ferita, infezione o ustione”

A seguito delle valutazioni sugli esiti registrati nelle attività di controllo delle ASL sull’appropriatezza dell’utilizzo del codice di procedura 86.22, si ritiene di ribadire alcuni concetti generali in riferimento al suddetto codice nonché di individuare una modalità di tariffazione dei ricoveri ad esso riferiti, che renda ragione della complessità della relativa casistica di riferimento, disincentivando allo stesso tempo potenziali opportunismi.

Il codice di procedura 86.22, come già chiarito nella DGR n. IX/2057/2011, identifica una procedura chirurgica complessa che deve essere eseguita in Sala Operatoria. Le procedure mediche e di toelette chirurgiche, eseguite al letto del paziente, devono essere codificate invece con il codice 86.28 “rimozione non asportativa di ferita, infezione o ustione”.

Si chiarisce altresì che la rimozione asportativa di cui al codice 86.22 è l’asportazione definitiva di tessuto cutaneo e/o sottocutaneo devitalizzato, necrosi o depositi, per tramite di un’incisione (taglio) estesa all’esterno ed oltre il margine della ferita: la relativa documentazione clinica deve render conto della procedura effettuata, per la quale deve corrispondere una descrizione “dettagliata” sul verbale di intervento. Con ciò si intende enunciare un principio generale, per cui non è accettabile la codifica di una procedura solo in base alla citazione della stessa ed in assenza di una sua descrizione puntuale, che consenta di giudicarne la correttezza.

Si ricorda inoltre che, come da regole generali di codifica, è scorretto codificare procedure che sono ricomprese in una procedura maggiore. A titolo esemplificativo, si riportano alcuni esempi di codifica di casi clinici (per il cui approfondimento si rimanda al documento “*Articolo su cod. 86.22*” pubblicato sullo spazio Biblioteca dello strumento Interpello), riferibili all’utilizzo più o meno corretto del codice di procedura 86.22:

- lo sbrigliamento della cute eseguito in preparazione ad altro intervento, come la riduzione di una frattura, non è da codificare come procedura separata;
- la rimozione di ferita in corso di revisione di moncone di amputazione con o senza esposizione ossea, è inclusa nel codice di procedura riferito alla revisione del moncone (da non indicare quindi in aggiunta con il codice 86.22);
- l’asportazione di un’ulcera da decubito ischiatica, con incisione fino all’osso e successiva riparazione tramite creazione di lembo cutaneo, deve correttamente essere indicata con il codice 86.22, unitamente al codice relativo all’allestimento del lembo cutaneo.

In sintesi, si chiarisce che l’uso di uno strumento affilato sui piani cutanei e/o sottocutanei non identifica di per sé una rimozione asportativa di cui al codice 86.22, così come uno sbrigliamento eseguito insieme ad un’altra procedura è spesso incluso nel codice della procedura stessa (a meno che non vengano trattati sedi corporee differenti, da codificare in questo caso separatamente).

Per quanto detto, si è ritenuto di operare un confronto con i criteri che sottendono l’individuazione del codice 86.22 nella revisione attualmente vigente del Manuale ICD-9-CM, tramite una verifica sulla degenza media della casistica statunitense Medicare: la citata casistica è caratterizzata da un peso DRG molto alto e da una degenza media molto lunga. Il confronto di quanto rilevato con la realtà lombarda, la quale, pur in presenza di code di degenza lunga, si attesta nel 40% dei casi entro i 3 giorni di degenza, suggerisce che la nostra casistica, in una quota rilevante di casi, non è caratterizzata dalla complessità clinica che ci si aspetterebbe in relazione al peso (alto) dei principali DRG di riferimento.

Per questi motivi, a decorrere dai dimessi dal 1° gennaio 2014, si definisce di individuare una modalità di tariffazione dei ricoveri in questione come di seguito esplicitata:

in presenza del codice di procedura 86.22 si ritiene di determinare una tariffa ordinaria unica, corrispondente a 6.000,00 euro, per i principali DRG di afferenza dello stesso (DRG 120, 217 e 440). La suddetta tariffa verrà riconosciuta al superamento dei 5 giorni di degenza (ovvero dal sesto giorno): entro i

5 giorni di ricovero, invece, per i DRG citati e solo in presenza del suddetto codice, è previsto una tariffa unica di 1.500,00 euro.

DRG	Descr. DRG	TarOrd*	Tar 1-5 gg
120	Altri interventi sull'apparato circolatorio (con MPR 86.22 "rimozione asportativa di ferita, infezione o ustione")	6.000,00	1.500,00
217	Sbrigliamento ferita e trapianto cutaneo eccetto mano, per malattie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo (con MPR 86.22 "rimozione asportativa di ferita, infezione o ustione")	6.000,00	1.500,00
440	Sbrigliamento di ferite per traumatismo (con MPR 86.22 "rimozione asportativa di ferita, infezione o ustione")	6.000,00	1.500,00

*dal 6° giorno di degenza

2. PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Per le attività di specialistica ambulatoriale si ribadisce, per il 2014, una percentuale di controllo pari ad almeno il 3,5% delle pratiche.

Si stabilisce che nel Piano dei Controlli 2014, le ASL propongano le azioni quantitativamente e qualitativamente adeguate alla tipologia di attività di controllo summenzionate.

Riprendendo il già ricordato obiettivo minimo del 3,5%, si evidenzia che per questa tipologia di attività, caratterizzata da un alto numero di prescrizioni, 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.

Le ASL devono inviare alla Direzione Generale Salute, con cadenza mensile, gli esiti delle attività di controllo, utilizzando il flusso stabilito con la DGR n. VII/12692 del 10.04.2003, al fine di consentire alla DG Salute 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.

Si pone indicazione a che i Piani di Controllo per l'Esercizio 2014 individuino modalità di verifica della sussistenza di episodi di assistenza a carico del SSR (visite specialistiche, accessi in PS ecc.) a fronte di prescrizioni di prestazioni specialistiche diagnostiche.

Si pone altresì indicazione alla verifica della presenza dei requisiti prescrittivi richiesti (consensi informati, aderenza all'appropriatezza prescrittiva ecc.) per l'erogazione di prestazioni di medicina di laboratorio.

In merito alla tipologia di controlli in oggetto, è stata valutata l'opportunità di dare riscontro positivo alla richiesta avanzata dai referenti delle varie ASL lombarde, in merito all'introduzione di un nuovo esito per i controlli che comportino modifiche senza effetti sulla valorizzazione delle prestazioni.

È stata infatti segnalato come dai controlli in loco e dai controlli statistico/formali, possano emergere casistiche, come di seguito esemplificate, non rientranti negli esiti previsti dal tracciato di rendicontazione attualmente in uso per i controlli di specialistica ambulatoriale:

- mancata coerenza tra tipologia di prestazione (O=primo accesso/Z=controllo) e codice della visita di primo accesso o di controllo, con modifica della tipologia e non della prestazione;

- mancata corrispondenza tra la “biffatura” del campo “Classe di priorità” sull’impegnativa e la sua corretta rappresentazione sul campo corrispondente nel flusso 28San;
- ricetta che risulta prescritta da medico cessato, a causa di errata rilevazione del codice del medico;
- prestazione che risulta concomitante con ricovero, a causa di errore nella rendicontazione della data di contatto o nel codice fiscale del paziente;
- errore di inserimento nei campi “data contatto” o “data fine erogazione”, campi estremamente rilevanti per la verifica della congruità di erogazione delle prestazioni cicliche.

Tali casistiche, che allo stato attuale vengono rendicontate come confermate (esito A), possono invece essere riassunte in un esito X, ovvero “record non confermato, con modifiche senza influenza sulla valorizzazione economica”, in analogia con quanto previsto in tema di rendicontazione dei controlli sulle prestazioni di ricovero.

Per quanto detto, si dispone che a decorrere dall’Esercizio 2014, gli esiti previsti per la rendicontazione dei controlli di specialistica ambulatoriale tramite il tracciato del debito informativo NOC, siano i seguenti:

- A record confermato
- B record non confermato, con valorizzazione annullata e ricompresa in altra pratica
- C record non confermato, con valorizzazione annullata per referto non recuperabile
- D record non confermato, con decurtazione della valorizzazione per prescrizione non recuperabile
- E record non confermato, con modifica del codice o della quantità della prestazione
- F record non confermato, con modifica del regime di erogazione
- G record non confermato, con modifica della posizione ticket
- X record non confermato, con modifiche senza influenza sulla valorizzazione economica

2.a. Attività prescrittiva

In tema di prescrivibilità delle prestazioni di specialistica ambulatoriale a carico del SSR, si ribadiscono i contenuti della DGR n. IX/2633/2011, con particolare riferimento alle condizioni di corretto atteggiamento prescrittivo, quali ad esempio l’utilizzo in attività istituzionale. A riguardo di questa ultima indicazione si ribadisce altresì che il non rispetto della stessa, oltre che a portare alle conseguenze previste per legge (licenziamento del professionista coinvolto), può determinare anche la sospensione di un mese del contratto per la struttura presso la quale il professionista risulti avere, a qualsiasi titolo, un rapporto lavorativo con disponibilità del 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.

Si ribadisce altresì 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 un anno 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 del 24.11.2003, 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 del 17.03.2008.

Si ricorda altresì che la codifica del campo di priorità all'interno della prescrizione medica è obbligatoria (cfr. DGR n. IX/1775 del 24.05.2011).

Medicina di Laboratorio

Per tutte le prestazioni di Medicina di Laboratorio, su qualsiasi materiale vengano eseguite (sangue, urine, fluidi biologici, tessuti biotici ecc.), qualora vengano inviate ad un laboratorio esterno alla Struttura che ha eseguito il prelievo, devono essere rispettate le modalità previste dal DDG Sanità n. 42811 del 15.10.1999 *"Direttive in ordine all'attività dei Laboratori di Analisi Mediche a scopo diagnostico"*.

È cura della Direzione Sanitaria della Struttura inviante verificare che tali prestazioni non siano eseguite anche in sede. Il laboratorio della Struttura inviante deve farsi carico di mettere in atto le procedure fornite dal laboratorio che eseguirà le prestazioni per garantire il corretto prelievo, la corretta conservazione e il corretto trasporto. Laddove esistono diverse specialistiche di laboratorio, ciascuna si farà carico delle analisi di competenza. Non è previsto dalla normativa vigente un rapporto diretto tra clinici e laboratori esterni. Non deve esistere alcuna intermediazione tra i laboratori, fornita da ditte commerciali. In particolare si fa presente che quanto sopra vale anche laddove si tratti di analisi specialistiche su materiali biotici.

Si rammenta che, come precisato dalla circolare 30San del 2001, non è ammesso che il service avvenga tramite "triangolazione" ovvero che, ad esempio, il Laboratorio A invii in "service" un esame al Laboratorio B e che quest'ultimo lo invii a sua volta al Laboratorio C.

In merito alla rendicontazione delle analisi fatte eseguire in "service", si ricorda infine che nel caso in cui un utente esterno acceda con impegnativa del SSR a un laboratorio e questo laboratorio, non eseguendo direttamente una o più prestazioni, le invii in "service" a un altro laboratorio, tale impegnativa deve essere trattenuta dalla struttura presso cui è avvenuto l'accesso e che la stessa struttura debba anche provvedere a rendicontarla tramite il flusso 28San. Ovviamente le stesse analisi non devono essere rendicontate, tramite il flusso 28San, dai laboratori che hanno eseguito le analisi inviate loro in "service".

Quanto sopra esposto vale anche nel caso di laboratori che abbiano sede al di fuori della Regione Lombardia.

3. SANZIONI

Si ribadisce il contenuto della Legge n. 689/81 (e dell'art. 17 della LR n. 33/2009, comma 1.d) in tema di sanzionamento amministrativo.

Nel momento in cui il NOC della ASL 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 del trasgressore;
- eventuali responsabili in solido;
- descrizione del fatto;
- indicazione della norma violata;
- indicazione della sanzione.

Il trasgressore (di cui alla Circolare 37/San/2003) è da identificarsi nel Legale Rappresentante della struttura sanitaria; la persona giuridica è solidalmente obbligata al pagamento delle somme corrispondenti alle sanzioni irrogate. Ne consegue che il verbale di notifica e, nel caso, l'ordinanza di ingiunzione dovranno essere notificati sia al Legale Rappresentante sia alla persona giuridica. L'eventuale rivalsa da parte del trasgressore così identificato sul personale dipendente ritenuto materialmente responsabile dell'avvenuta violazione, potrà aver luogo esclusivamente nei casi previsti dalla legge, ovvero qualora sia stato dimostrato il "dolo" o la "colpa grave" del personale in questione.

Si rammenta altresì che, ai fini dell'irrogazione della sanzione amministrativa, l'oggetto della valutazione è rappresentato dal valore economico delle prestazioni sanitarie esaminate, facendo sì quindi che la soglia di errore ritenuta sanzionabile (individuata nel 5%) sia calcolata, come stabilito dalla DGR n. IX/2057 del 28.07.2011, sull'entità della decurtazione economica realizzata come esito delle attività di controllo, secondo la formula *decurtazione in Euro dei ricoveri dell'intero campione/valorizzazione in Euro dei ricoveri dell'intero campione* $\geq 5\%$.

Il riferimento spaziale e temporale, come già chiarito nella Circolare n. 4095 del 09.02.2011, del calcolo della soglia del 5%, nei termini sopra esposti, non è l'Ente ma l'attività svolta nel singolo episodio ispettivo (individuato tramite verbale di accertamento) condotto dagli organi di controllo delle ASL sul singolo Presidio Ospedaliero.

Si ricorda infine, come ulteriormente ribadito dalla suddetta DGR n. IX/2057/2011, di porre particolare attenzione a tutti gli aspetti formali e procedurali previsti dalla Legge n. 689/81, in attuazione della quale la violazione, quando è possibile, deve essere contestata immediatamente o comunque notificata nel più breve tempo possibile: con ciò si intende dire che l'eventuale contestazione di illecito amministrativo deve essere contestuale alla redazione del verbale di accertamento ispettivo o al massimo deve essere notificata entro 90 giorni dalla redazione del suddetto verbale.

L'eventuale presenza di elementi di non concordanza da parte dell'Erogatore controllato e quindi della possibilità per lo stesso di inviare, nei tempi previsti (entro 30 giorni dalla data del verbale di accertamento), proprie controdeduzioni al citato verbale ispettivo, non ha influenza sulla tempistica descritta, che, come si è detto, segue immediatamente la conclusione dell'episodio ispettivo.

L'eventuale notifica di irrogazione di sanzione amministrativa, procedimento distinto dalla contestazione di illecito amministrativo descritta poc'anzi, deve essere invece inviata dalla ASL entro un tempo massimo di 5 anni dalla redazione del relativo verbale ispettivo: la notifica in questione seguirà la valutazione, da parte degli Uffici competenti della ASL con procedimento amministrativo distinto, degli scritti difensivi avversi alla sanzione contestata, come inviati dall'Erogatore interessato nei tempi previsti (entro 30 giorni dalla data del verbale di contestazione di sanzione amministrativa).

4. GRUPPO DI LAVORO ACCREDITAMENTO, APPROPRIATEZZA E CONTROLLO

Con il DDGS n. 4304 del 13.05.2011 è stato ridefinito il metodo di gestione e di riscontro dei quesiti che sono posti tramite lo strumento Interpello, presente sullo spazio on line della Direzione Generale Salute. È stato costituito un Gruppo di Lavoro permanente tra la DG Salute ed i referenti delle 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 Gruppo in oggetto lavorerà anche per l'Esercizio 2014, come esplicitato nel Decreto della DGS n. 7540 del 06.08.2013, con le consuete modalità impiegate sin dalla sua istituzione (cfr. citato DDGS n. 4304 del 13.05.2011, come rinnovato dal DDGS n. 491 del 28.01.2013).

In particolare, per quanto attiene la condivisione delle attività con i diversi portatori di interesse (ASL, erogatori pubblici ed erogatori privati), la stessa è garantita per tramite dei referenti dei diversi ambiti: i referenti individuati hanno infatti il compito, oltre che di favorire la diffusione delle valutazioni preliminari e delle determinazioni conclusive raggiunte al tavolo di lavoro in questione, di coordinare le istanze ed i contributi che dovessero giungere dai colleghi rappresentati, al fine di selezionare esclusivamente le tematiche rilevanti e di interesse per tutto il Sistema.

Non saranno infatti prese in considerazione da questo GdL questioni peculiari di singole realtà locali o di scarso impatto territoriale in termini di peso della relativa casistica di riferimento: nei casi citati, si demanda alle singole ASL la gestione delle relative tematiche.

La Direzione Generale Salute, sulla base delle proposte avanzate dai referenti citati, si riserva naturalmente la facoltà di stabilire l'ordine del giorno delle previste riunioni mensili, valutando al contempo l'opportunità di fornire direttamente indicazioni per le vie brevi su quesiti ritenuti non coerenti con gli obiettivi del GdL.

A questo proposito si precisa che non saranno altresì presi in considerazione quesiti che solo in apparenza riguardano problemi di codifica delle prestazioni ma che in realtà rappresentano delle richieste di introduzione di nuove tecnologie sanitarie, mettendo a carico del SSR nuove procedure e/o nuovi presidi: tali istanze, se non trovano già una loro corrispondenza nel Nomenclatore Tariffario Ambulatoriale o nell'ICD-9-CM, dovranno seguire i percorsi esistenti codificati nell'ambito dell'HTA (Health Technology Assessment), riservandosi, nelle more di eventuali decisioni regionali al riguardo, di utilizzare la codifica riferita alle procedure consolidate e storicizzate nella pratica clinica, seppur riferite a rimborsi ritenuti non sufficientemente remunerativi, dagli Erogatori interessati.

5. CONTROLLI SUL FILE F – CONTABILIZZAZIONE

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

- 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);
- la ASL riceve mensilmente dalla DG Salute 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;
- di conseguenza l'effetto economico dei controlli deve essere correttamente registrato nei record flaggati con la lettera M;
- i controlli effettuati sul File F 2014 devono chiudersi entro il 28.02.2015 in modo da permettere in tempo utile alla chiusura dell'Esercizio la trasmissione dei dati.

6. 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.

ATTIVITÀ RIABILITATIVE

Il modello medico-riabilitativo (d’ora in poi: modello riabilitativo) si configura come un modello distinto rispetto a quello bio-medico.

1. CONCETTI GENERALI: DEFINIZIONE E AMBITI DEL MODELLO RIABILITATIVO

Le due caratteristiche più specifiche del modello sono:

- la persona nel suo complesso è l’unità di osservazione e di trattamento del modello riabilitativo, mentre le “parti” della persona sono l’unità di osservazione nel modello sanitario;
- la “funzione” della persona nel suo complesso è definibile come lo scambio di energia e di informazione fra la persona e l’ambiente esterno, comprensivo di oggetti fisici, biologici e di altre persone. Nel modello bio-medico la “funzione” è definibile come lo scambio di energia o di informazione fra parti della persona.

La differenza tra biomedicina/medicina clinica/sanità:

- b. la biomedicina si applica allo studio di parti proprie di qualsiasi persona;
- c. la medicina clinica si applica alla soluzione di problemi di singoli individui;
- d. la sanità si applica a popolazioni.

La differenza fra riabilitazione, medicina fisica e riabilitativa (MF&R) e riabilitazione clinica:

- la riabilitazione mira a restituire alla persona il massimo livello funzionale (interazione ambientale, maggiore successo nelle “attività”, secondo il modello ICF 2001) ed è quindi lo scopo delle più varie attività umane, non soltanto sanitarie. Un’attività biomedica (es. un intervento chirurgico ortopedico), un’attività clinica (es. una terapia neurologica) e un’attività sanitaria (es. il riconoscimento di mansioni lavorative ridotte o di una pensione di invalidità) possono tutte avere come scopo condiviso la riabilitazione di una persona disabile.
- la MF&R condivide lo scopo riabilitativo ma prevede mezzi specificamente “fisici”, nel senso di interventi diagnostico-terapeutici che avvengono dall’esterno sulla persona nel suo complesso. Per esempio, l’esercizio terapeutico motorio e cognitivo si rivolgono alla persona in quanto unitaria e unica. Questo ne fa una Specializzazione medica a sé stante.
- in senso più lato, tuttavia, si può definire “riabilitazione clinica” l’insieme delle attività di “medicina clinica” svolte da medici e da operatori di formazione clinica ma non medici, e che svolgono le professioni sanitarie di fisioterapista, logopedista, terapeuta occupazionale, ortottico, terapeuta della neuro- e psico-motricità in età evolutiva, educatore professionale, podologo, tecnico della riabilitazione psichiatrica.

Operatori specifici per la MF&R e la riabilitazione clinica

Non necessariamente un’attività di riabilitazione clinica è svolta da uno specialista in MF&R; ad esempio, il medico specialista in Pneumologia può diagnosticare un deficit dell’attività della persona, definita respirazione, quale che ne sia l’origine (deficit di origine ventilatoria, ostruttivo-restrittiva o diffusiva) e può prescrivere esercizio terapeutico specifico, affidato al fisioterapista. Il laureato in Psicologia può dedicarsi ad attività di sostegno o di tipo “educazionale” verso pazienti, caregivers ecc.. Per contro, uno Specialista in MF&R può svolgere attività biomediche in quanto medico (per esempio, trattare farmacologicamente un’infezione respiratoria).

Riabilitazione sociale

Il termine "riabilitazione sociale" è da limitarsi alle attività che condividono uno scopo riabilitativo, ma non richiedono competenze di area clinica.

Non necessariamente riabilitazione clinica e sociale sono entrambe appropriate nel singolo caso, anche se spesso la prima richiede che la seconda agisca da fattore permissivo.

2. CONCETTI APPLICATIVI

a. Differenziare la riabilitazione clinica

La riabilitazione clinica di regola richiede un livello di interdisciplinarietà più elevato di quello richiesto negli interventi biomedici. Questo è dovuto al fatto che:

- l'intervento riabilitativo presuppone la gestione contestuale di problemi biomedici che coesistono o interagiscono con la disabilità;
- di regola le alterazioni funzionali che concorrono a determinare la disabilità complessiva sono multiple e di diverso tipo e richiedono quindi l'intervento coordinato di molte figure professionali specializzate in diversi ambiti funzionali.

L'intervento riabilitativo ritrova la sua necessaria unità nella stesura di un progetto di struttura che identifichi requisiti e finalità del contesto strutturale, tecnologico e organizzativo, di un progetto individuale che definisca le principali finalità di interazione persona-ambiente (partecipazione, secondo il glossario ICF-OMS) e lo declini concretamente in un programma individuale, che articoli analiticamente tipologie, intensità e cronologia dei vari interventi clinici.

La finalità condivisa e la subordinazione a programma e progetto individuale non devono far perdere di vista la necessità di forte specializzazione dei singoli operatori clinici che intervengono.

Per rispondere in modo ottimale alle esigenze della persona disabile, la riabilitazione clinica si articola concretamente non soltanto per livelli di intensità di consumo di risorse (consumo nell'unità di tempo), ma anche per tipo di risorse strumentali e umane coinvolte.

b. Distinguere gravità biomedica e gravità funzionale

La maggioranza dei pazienti portatori di disabilità non è ospedalizzata e non richiede cure mediche ad alta intensità. Spesso la disabilità si è sviluppata gradualmente e progressivamente. Una parte rilevante di persone disabili attraversa comunque una fase iniziale di acuzie e post-acuzie, dove la qualità e l'intensità dell'intervento biomedico e clinico-riabilitativo possono essere decisive nel determinare il grado di disabilità residua. Le fasi "acute" in molti casi possono ripetersi: questo è il caso di malattie ad andamento recidivante o di malattie che conducono a complicanze di per sé acute.

Risorse di diverso tipo, tuttavia, hanno costi diversi. Il costo economico totale nell'unità di tempo può tendere a calare: da un massimo pro-die nella fase di ospedalizzazione in unità "per acuti", a costi pro-die inferiori via via che il bisogno si fa prevalentemente riabilitativo.

La Fig. 1 (in nero il costo pro die ed in grigio chiaro il costo cumulato nel tempo), ovviamente semplificativa, restituisce l'immagine di una intensità di cura costante. Anche se il costo pro-die, diventando le cure meno costose, può diminuire, ciò nonostante il costo complessivo del caso è comunque crescente nel tempo. Il costo complessivo indotto da cure riabilitative a bassa intensità ma di lunga durata può rivelarsi molto superiore a quello di un intervento impegnativo ma di breve durata nella fase di acuzie. Per questo motivo un intervento più costoso ma più efficace in fase acuta può indurre un enorme risparmio nel costo complessivo sul lungo periodo.

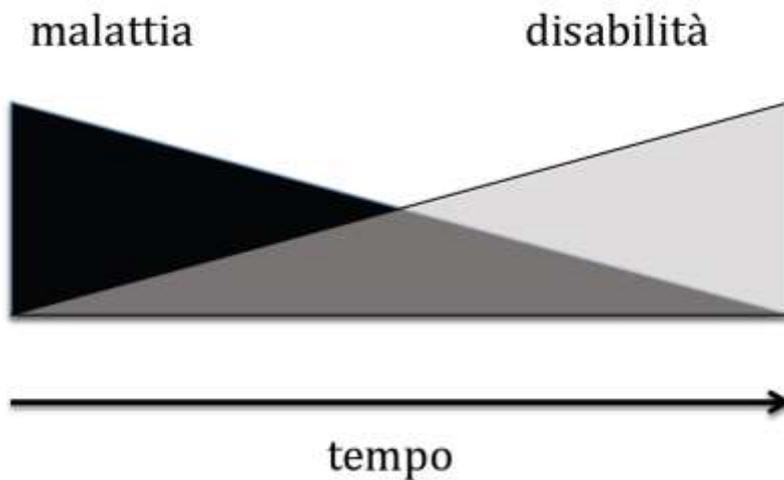


Fig.1. Tipica interazione nel tempo fra consumo di risorse (impiego pro-die) rivolto alla malattia disabilitante e alla disabilità.

c. *Distinguere i setting assistenziali: intensità di riabilitazione non coincide con intensità di cura*

Il termine “intensivo” indica abitualmente il consumo complessivo di risorse (umane e materiali) e viene erroneamente confuso con il concetto di “consumo di risorse economiche”. Nulla vieta che l’intervento riabilitativo in sé sia intensivo (il *cut-off* formale è di tre ore/die o più di trattamento) anche se viene svolto al di fuori di un costoso *setting* istituzionale

d. *Distinguere cronicità, stabilità e intensità*

Le condizioni di disabilità transitoria, se si eccettuano disabilità minimali come quelle conseguenti per esempio a lievi traumi, sono scarsamente prevalenti e comunque hanno modesto impatto socio-economico. Gran parte delle condizioni presenti e rilevanti nella popolazione sono di lunga durata e tendenzialmente progressive. Il termine “cronicità”, dunque, riflette soltanto un concetto temporale e non indica di per sé un esito stabilizzato, né una situazione che richieda interventi a bassa intensità di cura. In molte condizioni:

- possono essere richiesti interventi ad alta o media intensità per lunghi periodi (si pensi al supporto ventilatorio per malati neuromuscolari);
- possono essere necessari interventi continuativi a bassa intensità, inframmezzati da episodi di cura ad alta intensità in unità di degenza sia “per acuti”, sia di riabilitazione (si pensi al caso di pazienti con Sclerosi Multipla soggetti a riacutizzazioni oppure al caso di pazienti con disabilità da neoplasia per la quale necessitano cicli periodici di radio-chemioterapia).

e. *Distinguere intensità delle cure riabilitative, durata e setting*

Un trattamento, sia esso intensivo o estensivo, può richiedere tempi sia brevi, sia lunghi di trattamento. Il concetto di “estensività” non implica il concetto di “lungo-assistenza”, anche se il termine richiama l’idea della lunga durata. I termini corretti sarebbero quelli di “intensivo” e “non intensivo”, da abbinare eventualmente ad uno dei due termini di “breve durata” e “lunga durata”. Questi concetti, a loro volta, non coincidono con concetti di *setting* (ospedaliero, ambulatoriale o altro). Per esempio, se si accetta comunque il significato di “estensivo” come equivalente a “di bassa intensità”, un trattamento ambulatoriale di poche sedute può essere comunque considerato “estensivo”.

f. *Distinguere malattia trascorsa, co-morbidità e interazione malattia-disabilità*

Il caso clinicamente più comune non è quello di una persona che presenta disabilità in esiti di patologia ormai trascorsa (si pensi ai pazienti con esiti di poliomielite o a quelli con protesi da amputazione traumatica), bensì quello di una persona che presenta simultaneamente malattia e

disabilità. La malattia può presentarsi come situazione concomitante (co-morbidity) ma senza un diretto impatto sulla disabilità e sugli specifici programmi riabilitativi, oppure come causa tuttora operante nel determinare e modificare il grado di disabilità (malattia interagente).

g. *Distinguere a)comorbidity, b)instability, c)complexity*

a) Comorbidity

Nel caso di coesistenza (non importa se comorbidity o interazione) è difficile prevedere di quanto aumenti la necessaria intensità di cura complessiva, rispetto a quella determinata dal solo approccio riabilitativo. Il puro conteggio di condizioni "co-morbide" non correla alla intensità di cura (la cura per ipertensione, diabete e rischio trombotico può non incidere significativamente sul decorso né sul costo di un episodio di riabilitazione intensiva post-ictale). Non a caso, indicatori di questo tipo (per es. la scala CIRS) tendono a "pesare" - con ragionamento circolare - le comorbidity per il loro impatto disabilitante: questo significa ammettere indirettamente che la disabilità viene pesata a parte. Lo stesso vale per la interazione: se una malattia neuro-degenerativa ha un progressione molto lenta, per esempio, la sua capacità di incidere sulla intensità di cura è modesto; il contrario vale per malattie fortemente attive come è il caso di forme recidivanti o rapidamente progressive di Sclerosi Multipla o di tumori nervosi maligni. Anche in questi casi la soluzione più razionale è quella di misurare la disabilità di per sé, senza pretendere di dedurla da indicatori di malattia.

b) Instability

Diverso è il caso della "instability clinica", intesa come rischio di complicazioni e/o mortalità connessi all'andamento di una o più malattie. L'instability di per sé può non aggiungere nulla alla disabilità ma può rendere indicato un *setting* di cura ospedaliero anche se la disabilità, di per sé, è lieve.

c) Complexity

La complessità assistenziale è definibile come il risultato della interazione fra malattia, disabilità e grado di integrazione multidisciplinare richiesto per il trattamento ottimale del caso individuale. Vi sono dunque una complessità connessa alla necessità di cura di malattie multiple, una complessità connessa a condizioni in cui coesistono malattie e disabilità, ed anche di sola disabilità che richiedono comunque integrazione multidisciplinare di alto grado di complessità, dunque,

- non è sinonimo di gravità *quoad vitam* né di intensità di cura totale;
- non implica la necessità di un *setting* specifico, in particolare ospedaliero.

Vi potranno essere casi complessi in cui prevale la necessità di ospedalizzazione per la protezione da instabilità, così come per la densità di interventi multipli riabilitativi che non sono concretamente erogabili in regime territoriale. Per esempio, possono prevalere considerazioni relative a:

- faticabilità;
- necessità di frazionamento giornaliero dei trattamenti;
- necessità di presenza simultanea di diversi professionisti sanitari;
- necessità di osservazione medica continuativa degli effetti del trattamento o altro ancora.

Parimenti, vi possono essere trattamenti ad alta complessità che, in condizioni favorevoli di *setting* e di condizione clinica e/o sociale, possono essere erogati in regime territoriale (è il caso del modello MAC).

3. STRATEGIA ATTUATIVA

Riabilitazione clinica: definire se primaria o accessoria

Occorre distinguere casi nei quali gli interventi specificamente riabilitativi (negli scopi e nei mezzi) della persona sono la finalità principale (“primaria”) dell’attività di diagnosi e cura, dai casi nei quali essi sono parte accessoria di un progetto di cura di tipo biomedico. Nel caso di un paziente post-ictale o reduce da infarto miocardico o da protesizzazione di anca, per esempio, interventi riabilitativi rivolti al deficit motorio in fase acuta sono accessori rispetto agli interventi di cura e stabilizzazione clinica biomedica. Viceversa, interventi riabilitativi rivolti allo stesso paziente in una fase successiva, a stabilità raggiunta, sono protagonisti della cura, e possono divenire accessori gli interventi biomedici (per esempio, trattamenti farmacologici o monitoraggio dei parametri biologici).

Riabilitazione clinica: definire se intensiva o estensiva

Occorre distinguere casi nei quali necessita un’elevata intensità di cura specificamente riabilitativa (casi “intensivi”) dai casi che richiedono intensità di cura inferiore (casi “estensivi”).

Occorre definire il tipo di setting ottimale per la riabilitazione primaria

Questo impone una riclassificazione delle Unità di offerta di riabilitazione clinica. Occorre definire il setting ottimale per casi che necessitano primariamente di riabilitazione, sulla base della necessità di intensività, complessità e durata. Il termine “clinico” va richiamato per minimizzare possibili fraintendimenti fra la natura clinica e sociale dell’intervento: il che non esclude, ovviamente, la necessità di una forte integrazione fra i due interventi. I setting possono essere classificati come segue.

LIVELLO	TIPOLOGIA	Istituzione ospedaliera			Territorio		
		A	B	C	D	E	F
		Unità Spinali, Unità clinica di neuroriabilitazione (già cod. 28, cod.75 e cod 56; riabilitazione specialistica); riabilitazione in età evolutiva.	Unità clinica di riabilitazione intensiva (già cod. 56; riabilitazione specialistica)	Unità clinica di riabilitazione estensiva (già cod. 76; riabilitazione generale-geriatrica e di mantenimento)	Ospedaliero MAC	Domicilio (voucher, in ADI)	Ambulatorio
1	ospedaliero intensivo ad alta complessità	X					
2	ospedaliero intensivo		X				
3	ospedaliero estensivo			X			
4	territoriale intensivo				MAC 6	X	
5	territoriale estensivo				MAC 7, MAC 8	X	X

4. ULTERIORE ARTICOLAZIONE DELLA PROPOSTA

a. Livello ospedaliero “specialistico” vs. “intensivo ad alta complessità” e “intensivo”

L’attuale classificazione in tre livelli delle unità di offerta viene modificata. All’epoca della sua istituzione essa aveva il merito di accentuare l’aspetto unitario dell’intervento di riabilitazione clinico sulla persona nel suo complesso. Tuttavia, prevedendo una differenziazione soprattutto in base al minutaggio assistenziale indifferenziato per operatori della riabilitazione e per requisiti organizzativi e tecnologici, la classificazione ha compreso

su un unico livello “specialistico” unità operative con caratteristiche molto diverse. Per esempio non vi sono specifici requisiti circa il numero di medici specialisti in Medicina Fisica e Riabilitativa, né requisiti relativi alla presenza e al numero di differenti figure professionali specifiche quali il fisioterapista, il logopedista ed il terapeuta occupazionale. Per quanto attiene unità di riabilitazione “specialistica” rivolte prevalentemente a pazienti con menomazione di origine cardiologica o respiratoria non si prevedono differenze fra Unità con guardia divisionale (quindi, coperta da specialisti della stessa Unità Operativa e del settore) o interdivisionale: cosa che può avere una notevole importanza nella gestione di pazienti con rischio cardiorespiratorio elevato ecc.

Si propone quindi la differenziazione dell’attuale livello “specialistico” in due livelli, da definirsi uno “intensivo ad alta complessità-IAC” ed uno “intensivo”.

b. Livello “generale-geriatrico” e “di mantenimento” vs. livello “estensivo”

Il termine “generale-geriatrico” richiama le preoccupazioni, emerse all’epoca in cui la classificazione nacque, che si sottovalutassero co-morbidità e fragilità clinico-sociali tipiche di molti soggetti ultra-settantenni, per i quali non era più disponibile una offerta ospedaliera di tipo internistico a scopo di stabilizzazione.

Il livello “di mantenimento” rispondeva alla preoccupazione che non fosse più disponibile una forma di ricovero a bassa intensità di cura ma di durata prolungata, per fasce di casistica con malattia e/o disabilità a lenta risoluzione o con particolare fragilità sociale (per le quali il decreto LEA 2001 prevedeva la formula della “lungo-assistenza”). Nel frattempo i pazienti ultra-settantenni sono divenuti la maggioranza dei casi accolti in unità di riabilitazione di qualsiasi livello. Inoltre è stata normata in Lombardia la tipologia di offerta “cure subacute” e non appare più giustificato (ed anzi può apparire discriminatorio) il termine “generale-geriatrico”. Sono poi nate unità di offerta per stati vegetativi. Appare opportuno quindi il riconoscimento del livello “estensivo” al posto dei due livelli “generale-geriatrico” e “di mantenimento” (si veda la tabella seguente).

		Tipologia di offerta: ospedaliera			
		Livelli attuali	Specialistico	Generale-geriatrico	Di mantenimento
Livelli proposti	Intensivo ad alta complessità-IAC		X		
	Intensivo		X		
	Estensivo			X	X

L’attuale proposta MAC risponde già all’esigenza di differenziare per intensità di cura e complessità l’intervento ambulatoriale

c. Appropriatezza del setting

Va premesso che la caratteristica di intensività-complessità del singolo caso clinico non coincide con la intensività-complessità del setting ospitante. Per esempio, un caso IAC può trovare setting appropriato sia di tipo territoriale (MAC06) che ospedaliero (IAC). Il contesto riabilitativo ospedaliero garantisce la tutela medico-infermieristico continuativa oltre che risorse specificamente riabilitative. Senza queste ultime il ricovero di un paziente con instabilità clinica e comorbidità ma anche con elevate necessità specialistiche è comunque inappropriato. Viceversa, può darsi il caso di un paziente con modeste necessità di tipo biomedico e che tuttavia necessità di un programma specificamente riabilitativo non realizzabile al di fuori del ricovero. Questo può essere il caso, per esempio, di situazioni gravemente disabilitanti come quelle che si possono verificare in caso di Sclerosi Multipla o atassie eredo-degenerative. In

questi casi, soltanto il contesto ospedaliero consente la molteplicità di risorse e la simultaneità di interventi necessarie.

d. Finalità, definizione ed individuazione delle Unità di offerta di riabilitazione clinica ospedaliera

Un'Unità di riabilitazione clinica deve avere requisiti e finalità di tipo prevalentemente riabilitativi, indipendentemente dalla patologia d'organo prevalente che ha condotto alla disabilità. Questo non deve consentire, tuttavia, una genericità della offerta rispetto alle necessità specifiche dei pazienti. L'idoneità di una Unità operativa ad accogliere una certa tipologia di pazienti dovrà corrispondere a requisiti di accreditamento centrati su requisiti tecnologici e organizzativi. Occorre quindi passare da una logica di accreditamento centrata su requisiti minimi poco differenziati ad una logica di accreditamento sia di requisiti minimi, sia di requisiti "di programma".

e. Criteri generali per una revisione dei criteri di accreditamento di unità di offerta di riabilitazione clinica ospedaliera

I. Va recuperato il concetto di "alta complessità", attribuibile soltanto ad alcune Unità di offerta intensive.

Potrebbero rientrare in questa classe sia le Unità Spinali unipolari sia alcune Unità di Neuroriabilitazione (già cod. 75) o di riabilitazione funzionale (già cod. 56), riconducibili di fatto al concetto di Unità per le gravi cerebrolesioni acquisite (Linee guida del 1998), sia Unità di riabilitazione in età evolutiva; purché in possesso di **requisiti di struttura e di programma** particolarmente elevati.

Per quanto attiene il termine "gravi cerebrolesioni acquisite" si ritiene riduttivo farle coincidere con condizioni di postumo o di esito di coma di qualsiasi origine. Un grave evento cerebro-vascolare così come l'esito di un intervento neurochirurgico eseguito in elezione possono determinare "gravi cerebrolesioni acquisite" di gravità e complessità non inferiore a quelle che possono determinare coma.

II. Va introdotto il concetto di **congruenza fra intensità e complessità della struttura e della attività effettiva**. Appare proponibile il "criterio del 70%" per definire IAC o intensiva una struttura: ovvero, la struttura in possesso di requisiti IAC, deve (su base storica annuale) avere anche dimesso più del 70% di casi IAC. Per avere la qualifica di intensiva la struttura deve avere dimesso tra il 50% ed il 70% di casi IAC o Intensivi. Per avere la qualifica di estensiva deve avere dimesso per almeno il 31% di casi estensivi. La classe della struttura dovrebbe essere modificata a partire dall'anno successivo a quello di computo del case-mix dimesso (vedi la tabella seguente).

Qualifica della struttura	70%+ casi IAC	70%+ casi IAC o intensivi	31%+ casi estensivi
IAC	X		
Intensiva		X	
Estensiva			X

5. MODIFICA DEL SISTEMA INFORMATIVO

Poiché la classificazione del caso potrà basarsi anche su indicatori funzionali va considerato l'obbligo informativo relativo ad indicatori funzionali cui corrisponda apposito programma formativo per i NOC delle ASL, per i controlli del caso. Vi è una esperienza concreta e positiva affrontata in Regione a fini di equità tariffaria, ovvero quella dell'uso della scala ASIA e della scala GCS per la classificazione "extra-budget" assegnata a casi con mielo-lesione o condizioni post-coma, rispettivamente, purché con adeguato punteggio funzionale.

Il "sistema esperto" si è rivelato utile a scopo programmatico ma non a scopo di studio di *outcome*, appropriatezza e modifica longitudinale del singolo caso clinico.

Anche una proposta di ampliamento del sistema informativo con indicatori funzionali dovrebbe essere oggetto di specifico studio da parte del GAT- riabilitazione o di GAT specifico.

Indicatori di attenzione alla continuità assistenziale

Le singole unità ospedaliere di riabilitazione clinic devono proporsi anche come nodo di una rete di servizi trasversale e longitudinale e non soltanto come fornitrici di prestazioni che prescindono dalla presa in carico del paziente.

A questo proposito andrebbero premiate le strutture che provvedano:

- un servizio epidemiologico di follow-up, coerente con indicazioni regionali o comunque reso disponibile all'amministrazione regionale;
- ad offrire ai pazienti uno o più interventi nell'ambito di percorsi assistenziali che raccordino la dimissione e il periodo post-dimissione, integrati con unità di offerta accreditate. A titolo di esempio non esaustivo si citano:
 - predisposizione di controlli ambulatoriali in sede;
 - servizio di assistenza sociale (al momento non previsto nei requisiti minimi di accreditamento);
 - accordi sanitari di continuità assistenziale con strutture e/o servizi a minore intensità di cura (criteri condivisi di appropriatezza, trasmissione di informazioni sanitarie evitandone la necessità di duplicazione, consulenze reciproche);
 - procedure di tempestiva assistenza alla scelta del percorso post-dimissione, rivolte a pazienti e *caregivers*.

Il tutto va inteso come offerta che non deve incidere sulla libertà di scelta dell'utente. La definizione di questa "integrazione con la rete assistenziale" potrebbe anch'essa essere un obiettivo di lavoro da svolgersi nel corso del 2014.

Indicatori longitudinali centrati sul paziente

Appare opportuno che nel 2014 la DG Salute predisponga un set minimo di informazioni che siano applicabili a tutti i nodi della rete assistenziale, così da permettere il tracciamento del percorso del singolo paziente. Il modello proponibile si basa su un set longitudinale applicabile dalla dimissione da reparto per acuti fino alle varie forme di assistenza territoriale, cui si aggiungano set specifici per specifici livelli assistenziali. Per esempio, indicatori di rete di sostegno familiare possono essere concepiti con diverso grado di precisione in livelli ospedalieri (ove sono meno determinanti ai fini degli obiettivi clinici) e in livelli territoriali, ove possono essere decisivi per definire il bisogno socio-assistenziale complessivo.

5.1 Il Dipartimento

Una organizzazione dipartimentale può rappresentare la soluzione ottimale per garantire non soltanto ottimizzazione delle risorse, ma anche integrazione multidisciplinare e continuità temporale nella presa in carico riabilitativa. Le formule organizzative possono essere diverse a seconda dei contesti (Azienda pubblica o privata, monotematica o polispecialistica, con obbligo di ricerca e formazione o meno, ecc.). Per questo motivo si ritiene prioritario creare meccanismi

incentivanti *de facto* la integrazione specialistica e la continuità temporale delle cure per qualsiasi *provider*, più che la costituzione solo formale di strutture denominate dipartimentali.

6. RICONOSCIMENTO DELL'APPROPRIATEZZA E DELLA COMPLESSITÀ DELLE ATTIVITÀ DI RIABILITAZIONE SULLA BASE DELLE CODIFICHE SULLA SDO

In assenza di un sistema di misura delle condizioni funzionali, idoneo a classificare i casi riabilitativi ex-ante, si ritiene che un perfezionamento delle regole di codifica della SDO, per quanto attiene sia i codici diagnostici sia i codici di procedura, costituisca una base necessaria per lo sviluppo, nel corso del 2014, di un modello di classificazione che riesca a differenziare meglio i casi ad alta complessità, rispetto al criterio molto ampio, esposto al punto seguente, che sarà adottato per l'esercizio 2014.

In questo contesto ed in ottemperanza a quanto stabilito con la DGR n. 4334 del 26.10.2012, con la quale si è dato mandato alla DG Sanità di adottare la proposta del GAT (costituito con nota prot. H1.2012.0007550 del 06.03.2012) in merito a modalità di codifica delle SDO che permettano di individuare la casistica ad alta complessità riabilitativa, si è ritenuto di adottare il documento riportato di seguito, denominato "Compilazione della SDO in Riabilitazione".

Il suddetto documento, elaborato in collaborazione con la SIMFER (Società Italiana di Medicina Fisica E Riabilitativa), integra e sostituisce in parte il succitato allegato alla DGR n. VII/2418/2000, per quanto attiene la Riabilitazione Neuromotoria, come da Tabella A, di seguito riportata.

Compilazione della SDO in Riabilitazione

Il sistema di codifica ICD-9-CM attualmente utilizzato per il ricovero riabilitativo non è calibrato per una descrizione ottimale del paziente né dei trattamenti riabilitativi.

L'attuale sistema informativo non prevede la registrazione di misure dello stato funzionale del paziente e del suo livello di autonomia. Esso prevede una valutazione del paziente solo al momento della dimissione e non consente di misurare l'esito degli interventi riabilitativi intrinseci od adattativi attuati.

Tenendo conto delle considerazioni esposte nei capoversi precedenti diventa plausibile pensare all'istituzione di una SDO Riabilitativa (SDO-R) dove vi sia la possibilità di definire il fabbisogno della persona con disabilità e sostenere l'appropriatezza del ricovero all'interno del telaio concettuale rappresentato dall'ICF.

In attesa dell'istituzione di una specifica SDO-R è importante compilare la SDO attualmente in uso con dei criteri definiti ex-ante in tutto il territorio regionale che consentano una lettura più efficace e coerente della realtà assistenziale riabilitativa.

Lo scopo di questo capitolo è quello di affiancare il Manuale ICD-9-CM nell'intento di consentire una elevata omogeneità di codifica di diagnosi e di interventi e procedure, e migliorare la qualità delle informazioni contenute nella SDO in modo da renderne più efficace l'utilizzo sia per fini clinici che amministrativi, epidemiologici e di governo clinico in ambito riabilitativo.

EVENTO INDICE

Data che indica l'inizio della patologia disabilitante (se non esiste data certa nell'anno, indicare aaaa0101).

DATA DI PRENOTAZIONE DELLA PRESTAZIONE DI RICOVERO RIABILITATIVO

Data della valutazione specialistica dalla quale si evidenzia la limitazione di attività e di partecipazione oggetto del PRI.

DIAGNOSI PRINCIPALE

La diagnosi principale deve essere descrittiva del quadro clinico che ha determinato il maggior assorbimento di risorse e coerente con il progetto riabilitativo svolto durante il ricovero.

Tale diagnosi può essere costituita da un codice di postumo o di patologia o di segno o sintomo o di fattori che influenzano lo stato di salute. Per esempio le sostituzioni articolari maggiori genereranno codici V43._.

DIAGNOSI SECONDARIE

In queste posizioni devono essere riportati i codici che evidenziano le patologie/sintomi/segni interagenti con il progetto ed il/i programma/i riabilitativo/i (le procedure chirurgiche precedenti e determinanti il ricovero riabilitativo vanno qui riportate, mentre **non devono essere riportate altre condizioni aventi valenza di mero dato anamnestico**). L'ordine di elencazione dovrebbe essere rapportato al livello di condizionamento e di impatto clinico stimato sul tempo ed il livello di recupero e sul consumo di risorse complessivo (descrivono le patologie **interagenti** che modificano il grado di disabilità, le patologie **concomitanti** che interferiscono con il carico assistenziale del paziente).

PROCEDURE

Devono consentire il riconoscimento delle figure professionali specificatamente coinvolte. Vanno citate in ordine decrescente di consumo di risorse, misurato sia in termini di tempo sia in termini di costo/procedura nel corso del ricovero, cioè ad esempio il ricorso a particolari strumentazioni diagnostiche o terapeutiche.

DIMISSIONI

Codici di dimissione (nella lettera di dimissione deve essere esplicitato il percorso riabilitativo susseguente al ricovero).

Situazione clinica	Codice ICD-9-CM		Evento indice	Note
Neurolesioni:	I diagnosi	II diagnosi		
Emiplegia in esiti di ictus cerebri	438._ " <i>postumo di mal. cerebrovascolare</i> "	342._ " <i>emiplegia e emiparesi</i> "	Data ictus pregresso o data I diagnosi	Il cod. 438._ è utilizzato non solo per il danno motorio (es. emiparesi) ma anche per gli altri tipi di postumo (cognitivo, del linguaggio ecc.) quando questi rappresentino la condizione principalmente responsabile del bisogno di trattamento
Sclerosi multipla	340 " <i>sclerosi multipla</i> "			L'evento indice da solo non rappresenta la necessità di cure in regime di ricovero per patologie croniche evolutive: utilizzare le diagnosi secondarie per motivare la scelta del setting
Atassia cerebrale	331.89 " <i>altre degenerazioni cerebrali</i> "			
Atassia cerebellare	334._ " <i>mal. spinocereb.</i> "			
Patologia extrapiramidale	332._ " <i>morbo di Parkinson</i> " oppure 333.0 " <i>altre mal. degen. dei nuclei della base</i> "			
Patologia del SNP	353._ " <i>dist. delle radici e dei plessi nerv.</i> " oppure 355._ " <i>motoneuriti dell'arto inf. e di sede non spec.</i> " oppure 357._ " <i>neuropatie infiamm. e tossiche</i> "			
<i>altro</i>				
Mal. delle cell. delle corna ant.	335._ " <i>mal. delle cell. delle corna ant.</i> "			
Neuropatie perif. ereditarie	356._ " <i>neurop. perif. eredit. e idiop.</i> "			
Distrofie muscolari e miopatie	359._ " <i>distrofie musc. e altre miopatie</i> "			
Esiti di poliomielite	138 " <i>postumi della poliomielite acuta</i> "			

Situazione clinica	Codice ICD-9-CM		Evento indice	Note
Patologia muscolo-scheletrica:	I diagnosi	II diagnosi		
Postumi traumatismi sist. osteomuscolare e tess. connettivo	905._ <i>“postumi di traumatismi del sist. osteomuscolare e del tess. connettivo”</i> 805._ <i>“frattura della col. vert. sz menzione di lesione del m. spinale”</i> oppure 809._ <i>“fratture mal definite del tronco”</i> oppure 820._ <i>“frattura del collo del femore”</i> oppure 829._ <i>“fratture di ossa non specif.”</i>		Data I diagnosi o data trauma o data intervento pregresso	<p>L'utilizzo del codice 905._ è confermato per i postumi di fratture sottoposte ad intervento, in caso di concessione del carico. Per l'utilizzo dei codici di frattura (805._ ecc.), da utilizzare in caso di mancata concessione di carico, occorre differenziare i casi sottoposti ad intervento chirurgico dai restanti casi: nell'immediata fase post-intervento, infatti, la mancata concessione del carico in genere è riferita ad insufficiente incompetenza meccanica della stabilizzazione del focolaio di frattura associata o meno a trofismo osseo scadente mentre nel caso di mancata stabilizzazione chirurgica (es. fratture del bacino) la concessione del carico segue la fisiologica riparazione del focolaio di frattura.</p> <p>Nel primo caso, salvo rare eccezioni (es. fratture bilaterali), il mancato carico non controindica la possibilità di effettuare la verticalizzazione ed il training per conservare lo schema del passo.</p> <p>Nel secondo caso, invece, l'insufficiente consolidamento limita o impedisce la maggior parte delle procedure riabilitative pertanto l'utilizzo dei relativi codici dovrà essere necessariamente associato ad un setting di riabilitazione estensiva (generale e geriatrica o di mantenimento).</p> <p>I codici 905.0, 905.1, 905.2, 905.6, 905.7 e 905.8 non appaiono giustificati per il setting di ricovero.</p> <p>Il codice 905.9 si intende relativo ai postumi di amputazione traumatica.</p>
Sostituzioni articolari	V43.6_ <i>“articolazione sostituita con altri mezzi”</i>			

Artrite reumatoide	714.0 "artrite reumat."			Per le patologie cronico-evolutive, la codifica del solo evento indice non è in grado di rappresentare la necessità di cure in regime di ricovero: occorre quindi utilizzare le diagnosi secondarie per motivare la scelta del setting assistenziale.
Mal. diffuse del connettivo	710. "mal. diffuse del tess. connettivo"			
Spondilite anchilosante e altre spondilop. infiamm.	720. "spondilite anchilosante e altre spondilop. infiamm."			
altro				
Sindrome post-laminectomia	722.8 "sindrome post-laminectomia"			
Stenosi del canale vertebrale cervicale	723.0 "stenosi del canale vertebrale cervicale"			
Stenosi del canale vertebrale lombare	724.02 "stenosi del canale vertebrale lomb."			
Decadim. musc. ed atrofia da inattività	728.2 "atrofia musc. da inatt. non classif. altrove"			
Artrogriposi multipla congenita	754.89 "altro"			
Presenza postchir. di artrodesi	vedi codifica "Postumi traumatismi sist. osteomuscolare e tess. connettivo"			In merito ai casi di presenza postchirurgica di artrodesi o di altro stato post-chirurgico, si ricorda che la DGR n. VII/20774 del 16.02.2005, al punto 4 recita testualmente: "Di modificare le indicazioni di codifica per la riabilitazione - contenute nella DGR VII/2418 del 1/12/00 – laddove prevedono di utilizzare i codici V45.4 (presenza postchirurgica di artrodesi) e V45.89 (altro stato postchirurgico, es. osteosintesi) e che quindi questi stati postchirurgici devono essere codificati con i codici indicati nella stessa delibera per i postumi dei traumatismi del sistema osteomuscolare e tessuto connettivo." Con ciò si intende che nei casi in cui, invece, non vi siano stati traumatismi ma gli stati post-chirurgici siano conseguenti ad interventi programmati (es. per decompressione cervicale oppure per trattamento di spondilolistesi, lordosi, cifosi, discopatia degenerativa, stenosi canale vertebrale ecc.), occorre indicare in diagnosi principale i codici delle rispettive patologie trattate.
Altro stato postchir. (es. osteosintesi)	vedi codifica "Postumi traumatismi sist. osteomuscolare e tess. connettivo"			

Situazione clinica	Codice ICD-9-CM		Evento indice	Note
	I diagnosi	II diagnosi		
Patologia midollare: (consecutiva a traumi – ASIA scale)				
Frattura colonna vertebrale con lesione mid. spinale	806._ “frattura colonna vertebrale con lesione del midollo spinale”		Data I diagnosi o data trauma o data intervento pregresso	<p>Allo scopo di distinguere e meglio rappresentare le diverse modalità di gestione dell’evento ricovero per questi trattamenti riabilitativi, si ritiene opportuno specificare che:</p> <ul style="list-style-type: none"> – in caso di accesso per riabilitazione post-acuzie (entro 6 mesi dal trauma) occorre utilizzare i codici sopra riportati come diagnosi principale; – in caso di accesso più lontano nel tempo (dopo 6 mesi) occorre assegnare in diagnosi principale, per entrambe le situazioni, il cod. 907.2 (“postumi di traumatismo del midollo spinale”) seguito dai rispettivi codd. 806._ o 952._, identificativi della patologia che ha determinato il bisogno di trattamento riabilitativo.
Traumatismo del midollo spinale sz segni di lesione vertebrale:	952._ “traumatismo del midollo spinale sz segni di lesione vertebrale”			
– traumatismo cauda equina	952.4 “traumatismo della coda equina”			
Patologia midollare: (non consecutiva a traumi - lesioni secondarie a tumori, a problemi vascolari ecc. – ASIA scale)				
Paraplegia	344.1 “paraplegia”		Data I diagnosi o data trauma o data intervento pregresso	<p>I pazienti (adulti od in età pediatrica) affetti da esiti di lesioni del SNC (lesioni cerebrali o midollari di origine vascolare o traumatica) che sono stati sottoposti ad interventi di chirurgia funzionale nell’ambito di un programma specifico di riabilitazione, finalizzato ad emendare o contenere le problematiche funzionali, devono essere classificati con il codice idoneo a identificare in I diagnosi la patologia neurologica che necessita di trattamento riabilitativo ed in diagnosi secondaria il codice V45.89 ad indicare la presenza di stato post-chirurgico.</p>
Siringomielia	336.0 “siringomielia e siringobulbia”			
Siringomielocele con idrocefalo	741.0_ “spina bifida con idrocefalo”			
Locked in state ed altro	344.8 “altre sindromi paralitiche specificate”			

Situazione clinica	Codice ICD-9-CM		Evento indice	Note
Stato vegetativo: (di origine traumatica - pazienti a minima responsività con GCS < 13)	I diagnosi	II diagnosi		
Lacerazione e contusione cerebrale	851.-6 "lacerazione e contusione cerebrale"		Data I diagnosi o data trauma o data intervento pregresso	Indicare i codici relativi ai postumi trattati in diagnosi secondaria.
Emorragia subaracnoidea, subdurale ed extradurale, altre e NAS emorragie intracraniche	852.-6 "emorragia subaracnoidea, subdurale ed extradurale consecutive a traumatismo" oppure 853.-6 "altre e non specificate emorragie intracraniche consecutive a traumatismo"			
Traumatismi intracranici di altra e non specificata natura	854.-6 "traumatismi intracranici di altra e non specificata natura"			
Stato vegetativo: (di origine <u>non</u> traumatica - pazienti a minima responsività con GCS < 13)	780.03 "stato vegetativo persistente"		Data I diagnosi o data trauma o data intervento pregresso	
Ricovero di pazienti in stato confusionale di tipo psicomotorio post-coma/stato vegetativo descritto dai livelli 4 e 5 della scala di valutazione internazionale LCF	293.1 "delirium subacuto"	907.0 "postumi di traumat. intracr. sz menzione di fratt. del cranio" oppure 438 "postumi delle mal. cerebrovasc."		Il codice 293.1 è utilizzabile in I diagnosi quando il progetto riabilitativo ha preso in considerazione solo il singolo postumo cognitivo.

7. TARIFFE PER L'ESERCIZIO 2014

Si prende atto delle premesse e si ritiene di differenziare la tariffazione delle cosiddette attività ad alta complessità. Le strutture che beneficiano delle tariffe di alta complessità devono aver trattato (in termini di giornate di degenza) nel triennio 2011-2012-2013, in regime di degenza ordinaria di riabilitazione specialistica, più del 70% di casi afferenti alle MDC 01-04-05 o a pazienti con età inferiore ai 18 anni afferenti alla MDC 01 e 08. Questo requisito non sarà sufficiente e dovrà essere obbligatoriamente associato alla dimostrazione, per l'anno 2013, di un minutaggio uguale o superiore a quello mediano del 2012, che è stato pari a 262 minuti die di assistenza (infermieri, OSS ed OTA) e di attività riabilitative (terapisti della riabilitazione). Lo strumento informativo che sarà utilizzato per calcolare il carico assistenziale/giornata sarà il FLUPER e le attività di cui trattasi nel presente capitolo avranno, per i dimessi a partire dal 1° gennaio 2014, una tariffazione superiore del 10% rispetto a quella attuale. I casi afferenti alle MDC 01,04 ed al DRG 127 trattati nelle UO che non hanno il requisito di cui al paragrafo precedente mantengono le tariffe in vigore nel 2013.

Per tutte le altre attività, anche quelle erogate nelle strutture che beneficeranno dell'incremento tariffario del 10%, si stabilisce una riduzione tariffaria del 7%.

Così facendo si assicura per il sistema una manovra tariffaria ad impatto zero che garantisce anche l'equivalenza complessiva rispetto al nuovo tariffario nazionale di cui al DM 18 ottobre 2012 Remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale.

7.1 Le attività cardiologiche e pneumologiche

Il presente documento considera la casistica prevalentemente trattata secondo il sopra esposto principio della riabilitazione clinica. Nelle strutture oggi accreditate come riabilitazione specialistica che trattano pazienti di tipo pneumologico e cardiologico (MDC 04 e 05) gli interventi riabilitativi rivolti al deficit motorio/funzionale complessivo del soggetto in fase acuta sono accessori rispetto agli interventi di cura e stabilizzazione clinica biomedica.

Ciò nonostante vi è stata nel tempo una forte caratterizzazione di attività di cardiologia e di pneumologia riabilitativa e della prevenzione che sono passate di fatto ad una presa in carico dei pazienti che ha implicato la gestione integrata di lunga durata di molte delle loro necessità di tipo clinico biomedico, legate all'andamento della loro patologia cronica di base (scompenso cardiaco, broncopneumopatia ostruttiva, enfisema ecc.).

Queste attività non sono di tipo prevalentemente acuto e non rispondono neppure al criterio di medicina clinica riabilitativa sopra descritto.

Si tratta di un mix di attività che vedono la compresenza di clinica biomedica e di clinica riabilitativa e sulle quali bisognerà lavorare nel corso del 2014 con l'obiettivo di trovare una corretta classificazione e relativa modalità di remunerazione, che le vedrà assestarsi in un'area definibile della cura ospedaliera della cronicità e della prevenzione.

Si tratta di attività che hanno una complessità elevata di natura, se non tecnologica, assistenziale e professionale e che oggi hanno un rimborso inferiore rispetto a quello che è calcolabile per le attività garantite in regime per acuti per casistica non chirurgica di tipo pneumologico e cardiologico.

Sono queste le motivazioni tecniche che per l'anno 2014 prevedono di includere nella riabilitazione ad alta complessità anche le attività di tipo cardiologico e pneumologico conteggiando le giornate afferenti alle MDC 04 e 05 tra quelle che insieme con quelle della MDC 01 concorrono al raggiungimento della soglia del 70%.

Il tema della classificazione di queste attività riconducibili alle MDC 04 e 05, e attualmente inquadrate nell'area della riabilitazione, dovrà però essere uno fra i temi prioritari fra quelli che saranno sviluppati dal GAT sulla Riabilitazione.

Sulla base dei criteri esplicitati nel presente allegato, alla chiusura dell'esercizio 2013 e comunque entro il 30 aprile 2014 (data ultima di stipula dei contratti Asl/Erogatori), la DG Salute, con proprio decreto, elencherà le strutture che potranno beneficiare nel corso del 2014 degli incrementi tariffari del 10% sopra trattati.

8. REQUISITI DI ACCREDITAMENTO

Si rinvia al **Sub Allegato C.1 "Requisiti di accreditamento per la riabilitazione"**, reperibile in calce al presente documento per i requisiti autorizzativi e di accreditamento previsti per le attività riabilitative secondo la nuova classificazione sui tre livelli::

- Riabilitazione di alta complessità
- Riabilitazione intensiva
- Riabilitazione estensiva

Questi nuovi requisiti entreranno in vigore solo dopo aver terminato l'iter presso la commissione consiliare competente.

9. PRESTAZIONI RIABILITATIVE PER GRAVI CEREBROLESIONI E MIELOLESIONI

In riferimento alle prestazioni di ricovero relative a pazienti dimessi da Unità Operative di Riabilitazione Specialistica, al fine di procedere ad una corretta valutazione del livello di complessità della assistenza prestata, si conferma l'obbligatorietà per l'Esercizio 2014 della compilazione del campo "prestazione a finanziamento extra budget" con il flusso SDO (file SDO2.txt), secondo le modalità indicate con la Circolare della DGS n. 45San del 23.12.2004, in riferimento alle seguente casistica:

- pazienti con una sindrome post-comatoso, all'atto dell'accettazione, caratterizzata da un punteggio Glasgow Coma Scale < 13, documentato dal punteggio delle singole voci, e supportata da adeguata documentazione di valutazione clinica e strumentale;
- pazienti con postumi di mielolesione traumatica, vascolare, infettiva, infiammatoria e post-chirurgica, all'atto dell'accettazione, caratterizzati da un livello su scala ASIA (American Spinal Injury Association) compreso tra A e C e riferiti ad un quadro clinico supportato da adeguata documentazione di valutazione clinica e strumentale.

10. PRI E pri PER LE ATTIVITÀ DI CARDIOLOGIA RIABILITATIVA

Gli schemi di riferimento per la predisposizione del PRI e del pri nell'ambito della cardiologia riabilitativa e della prevenzione sono riportati in calce al presente documento nel **Sub Allegato C.2 " Progetto e programma riabilitativo individuale unificato finalizzato alle attività di cardiologia riabilitativa nel sistema sanitario della Regione Lombardia"**.

11. LE MAC

A seguito dei primi riscontri derivanti dall'applicazione della nuova Macroattività Ambulatoriale Complessa e ad alta integrazione di risorse (MAC) in ambito riabilitativo, così come emergente dal confronto con gli

Erogatori coinvolti sul territorio regionale ed in collaborazione con la SIMFER (Società Italiana di Medicina Fisica E Riabilitativa), si ritiene di integrare i disposti normativi vigenti in materia con le specifiche di contenute di seguito riportate nel documento denominato "Protocolli e pacchetti MAC in medicina riabilitativa".

Protocollo e pacchetti MAC in medicina riabilitativa

Premessa

Il concetto di riabilitazione neuromotoria oggi più diffuso ed accettato è quello che la definisce come un "processo di soluzione dei problemi e di educazione nel corso del quale si porta una persona disabile a raggiungere il miglior livello di vita possibile sul piano fisico, funzionale, sociale ed emozionale, con la minor restrizione possibile delle sue scelte operative, pur nell'ambito dei limiti della sua menomazione e delle risorse disponibili".

L'attività sanitaria di riabilitazione viene attuata avendo come necessario punto di riferimento il Progetto Riabilitativo Individuale e i relativi programmi riabilitativi individuali.

La Riabilitazione si organizza per livelli di complessità in risposta a bisogni identificabili all'interno delle categorie di funzioni descritte nella classificazione ICF dell'OMS.

Gli interventi riabilitativi non sono riconducibili a diagnosi nosologiche in quanto alla stessa diagnosi possono corrispondere livelli di complessità e bisogni differenziati e quindi impegni di risorse qualitativamente e quantitativamente molto diversi.

In quest'ottica nella DGR n. IX/2633/2011, allegato 10, viene definita la Macroattività Ambulatoriale Complessa e ad alta integrazione di risorse (MAC), con l'obiettivo primario di perseguire l'appropriatezza nella erogazione di servizi che utilizzano un regime ambulatoriale in un contesto ospedaliero per rispondere a necessità di trattamento rivolte al paziente complesso.

a. Criteri di accesso alla macro-attività ambulatoriale complessa

Secondo quanto definito nell'allegato 10 della DGR n. IX/2633/2011 possono accedere a questo setting pazienti riabilitativi complessi con una documentata limitazione della capacità funzionale, della partecipazione e delle relazioni/sostegno sociale.

L'intervento riabilitativo intensivo si ritiene appropriato quando si prevede un margine di modificabilità del quadro di disabilità ovvero quando, nella fase di recupero intrinseco, il trattamento può positivamente influenzare i processi biologici che sottendono il recupero o il corretto evolversi della funzione riducendo l'entità della menomazione/disabilità, oppure quando, nella fase di recupero adattativo, si può presumere di far progredire il paziente ad un livello assistenziale a minore intensità.

a.1 Criteri di inclusione dei pazienti

Tabella 1

Ambulatoriale semplice	Criteri di inclusione	Necessità di un programma di trattamento prestabilito declinabile in codici ambulatoriali secondo i criteri dei LEA, senza esigenza di coordinamento o simultaneità di intervento di più figure professionali
Ambulatoriale complesso MAC	Criteri di inclusione	Necessità di un programma di trattamento flessibile, variabile nel tempo, con intensività delle cure, con esigenza di coordinamento o simultaneità di intervento di più figure professionali
DH riabilitativo	Criteri di inclusione	Necessità di usufruire di requisiti strutturali (posto letto diurno) atti a consentire lo svolgimento di cure riabilitative intensive, laddove siano necessari interventi osservazionali, assistenziali o di monitoraggio prolungati

b. Prescrivibilità degli interventi riabilitativi nella macro-attività ambulatoriale complessa

Soddisfatti i criteri di appropriatezza e di allocazione in MAC, lo Specialista di una struttura accreditata per tale attività può prescrivere, su impegnativa del SSN, Macroattività Ambulatoriale Complessa di tipologia riabilitativa, afferente ai codici del tariffario regionale MAC06, MAC07, MAC08 che potranno essere erogati esclusivamente attraverso una presa in carico presso la Struttura in cui lo Specialista stesso opera.

In base al consumo di risorse previsto nella stesura del progetto/programmi riabilitativi individuali, lo Specialista definisce le codifiche prescrittive facendo riferimento a quanto descritto nell'allegato 10 della DGR n. IX/2633/2011.

Tabella 2

PRI/PRI: INTERVENTI INDIVIDUATI NELLE SEGUENTI AREE	TEMPO DEDICATO AL TRATTAMENTO	OPERATORI COINVOLTI	CODICE MAC
Funzioni vitali: alimentazione, deglutizione Funzioni vitali: respirazione e clearance tracheo bronchiale	90 min	2 operatori Attività diagnostico-terapeutica o di coordinazione ed integrazione da parte del medico specialista quando necessarie (<i>almeno ogni 12 accessi</i>)	MAC08
Funzioni senso-motorie: mobilità, igiene e cura della persona e attività vita quotidiana Funzioni senso-motorie: dolore	Tra 90 min e 120 min	3 operatori Attività diagnostico-terapeutica o di coordinazione ed integrazione da parte del medico specialista quando necessarie (<i>almeno ogni 8 accessi</i>)	MAC07
Funzioni relazionali: comunicazione e linguaggio Funzioni cognitive e comportamentali	> 120 min	3 operatori Attività diagnostico-terapeutica o di coordinazione ed integrazione da parte del medico specialista quando necessarie, in ogni accesso. L'intervento del medico contribuisce al soddisfacimento del requisito "tempo"	MAC06

c. Contenuti degli interventi MAC

Vengono di seguito esemplificati, senza pretesa di esaustività, i possibili contenuti degli interventi indicativi di consumo di risorse e ritenuti congrui rispetto alle principali condizioni di disabilità trattabili in regime riabilitativo MAC (Tabella 3):

Tabella 3

FUNZIONE	IMPAIRMENT TIPICO/I	ESEMPLIFICAZIONI	PRINCIPALI OPERATORI COINVOLTI, OLTRE AL MEDICO
Funzioni vitali: alimentazione, deglutizione	Disfagia	<p>A) Valutazione, triage, intervento educativo del paziente (<i>es. prevenzione complicanze</i>)</p> <p>B) Valutazione, educativa, addestramento paziente e caregivers, (<i>es. gestione alimenti adattati</i>)</p> <p>C) Valutazione, adattamento e gestione di supporti, presidi, addestramento caregivers (<i>es. gestione nutrizione enterale, cura stomie e sonde, pompa, PEG</i>)</p>	Logopedista Infermiere
Funzioni vitali: respirazione e clearance tracheo bronchiale	Dispnea, ingombro bronchiale, insufficienza respiratoria	<p>A) Valutazione, triage, intervento educativo (<i>es. prevenzione complicanze</i>)</p> <p>B) Valutazione, trattamento, intervento educativo, addestramento paziente e caregiver (<i>es. facilitazioni, posture, compensi, gestione nel quotidiano, addestramento all'uso di apparecchiature "cough assist", riadattamento funzionale</i>)</p> <p>C) Valutazione, trattamento intervento educativo, addestramento paziente e care giver (<i>es. rilevazione parametri, adattamento-addestramento; gestione e manutenzione ventilatori e interfacce, aspirazione, cough assist</i>)</p>	Fisioterapista Infermiere

Funzioni senso-motorie: mobilità, igiene e cura della persona e attività vita quotidiana Dolore	Limitazione mobilità, dipendenza nelle attività	<p>A) Valutazione, triage, intervento educativo (<i>addestramento adattamenti e compensi, gestione supporti e ausili, prevenzione decondizionamento e situazioni a rischio</i>)</p> <p>B) Valutazione, trattamento, intervento educativo, addestramento paziente e care giver (<i>es. prevenzione rischio, rieducazione funz. motoria, gestione sintomi che limitano funzione motoria: dolore, spasticità gestione ADL, BADL, IADL e ausili</i>)</p> <p>C) Valutazione, trattamento, intervento educativo, addestramento paziente e caregiver (<i>rieducazione complessa funzione motoria inclusi ev. interventi di diagnosi funzionale di trattamento con tecniche strumentali, gestione BADL: igiene, gestione decubiti, funzioni escretorie..., adattamenti ambiente di vita quotidiano, ausili ecc.</i>)</p>	Fisioterapista Terapista occupazionale Infermiere
Funzioni sfinteriche	Incontinenza e/o ritenzione	<p>A) Valutazioni funzionali (<i>residuo post-minzionale ecografico, uroflussometria, manometria rettale</i>)</p> <p>B) Interventi comportamentali (<i>biofeedback</i>)</p> <p>C) Interventi strumentali (<i>SANS</i>)</p> <p>D) Interventi psicologici o educazionali, verso paziente e/o caregiver</p>	Fisioterapista Terapista occupazionale Infermiere Psicologo
Funzioni relazionali: comunicazione, linguaggio, problem solving	Disfonia, disartria, afasia, interessamento di varie funzioni cognitive	<p>A) Valutazione, triage, intervento educativo del paziente (<i>es. facilitazioni, adattamenti, ausili</i>)</p> <p>B) Valutazione, e rieducazione del linguaggio o di altre funzioni cognitive (<i>aprassia, eminattenzione, attenzione, memoria</i>); addestramento paziente e caregivers (<i>es. istruzioni di paziente o familiari a facilitazioni comunicative-relazionali, valutazione adattamento ausili</i>)</p> <p>C) Valutazione, adattamento e gestione di supporti, presidi, addestramento caregivers (<i>es. facilitazione e supporti e ausili per la comunicazione in SLA o in esiti di gravi cerebrolesioni</i>)</p>	Psicologo/Psicologo con competenze neuropsicologiche Logopedista Infermiere Terapista occupazionale

Funzioni cognitive e comportamentali	Deficit funzioni cognitive	<p>A) Valutazione delle abilità residue (includere ev. valutazioni finalizzate al riconoscimento di idoneità lavorative, a valutaz. da parte di commissioni Inv. Civile, valutazioni per patenti, porto d'armi), intervento educativo del paziente disabile</p> <p>B) Valutazione, intervento educativo, addestramento paziente e caregivers, (es. potenziale di reinserimento lavorativo, condizioni di rischio, gestione IADL, valutaz cognitiva prognostica in pz. comorbidi complessi)</p>	Psicologo/Psicologo con competenze neuropsicologiche Logopedista Infermiere Terapista occupazionale
---	----------------------------	--	--

d. Definizioni operative relative alle procedure riabilitative in regime MAC

Premessa: le seguenti definizioni integrano e/o sostituiscono le precedenti sull'argomento.

- TEMPO: il tempo effettivo dedicato ad attività valutative e terapeutiche specificamente riabilitative sul paziente.
- ATTRIBUZIONE INIZIALE DEL LIVELLO MAC: Il codice MAC, che deve essere prescritto inizialmente: la MAC è remunerata ad accesso per cui l'individuazione del codice MAC in riferimento al singolo accesso, deve essere corretta. Se il progetto riabilitativo già previsto per la sua realizzazione necessita dell'associazione - in accessi distinti - di due o più livelli di complessità, questi potranno essere prescritti sulla stessa impegnativa specificandone il numero di accessi massimi rispettivamente previsti per ogni livello.
- IL NUMERO DEGLI ACCESSI: il numero degli accessi deve essere definito a priori sulla base delle valutazioni iniziali del prescrittore; saranno naturalmente poi rendicontati gli accessi effettivamente effettuati. Il medico deve rendicontare sulla scheda clinica ambulatoriale la verifica clinico/riabilitativa del PRI e pri (almeno ogni 8/12 accessi).
- PROVENIENZA DEL PAZIENTE: è considerata appropriata la provenienza da qualsiasi setting degenziale per acuti o riabilitativo o anche da setting territoriale, incluso il domicilio, purché il PRI ed i pri riportati nella scheda clinica ambulatoriale giustificano lo specifico passaggio di setting.
- FIGURE PROFESSIONALI: Gli operatori professionali che possono intervenire in un'attività MAC sono tutti gli operatori coinvolti in un programma riabilitativo, all'interno di un Progetto Riabilitativo Individuale: medico fisiatra, altro medico specialista, psicologo, psicologo con competenze neuropsicologiche, infermiere, assistente sociale e le figure che svolgono professioni sanitarie della riabilitazione definite secondo la vigente normativa (fisioterapista, logopedista, terapeuta occupazionale ecc.). Qualora partecipino a PRI o pri con funzione riabilitativa altre figure professionali sanitarie, la scheda clinica ambulatoriale ne deve motivare il significato riabilitativo.
 Ruolo del medico: come da DGR n. IX/2633/2011, allegato 10, la figura professionale del medico è parte integrante e requisito organizzativo indispensabile della MAC: *il medico partecipa agli accessi e documenta presenza ed attività con la cadenza stabilita per ciascun livello MAC.*

- **TRATTAMENTI IN GRUPPO:** Limitatamente alla riabilitazione cardiologica e pneumologica può essere accettata un'attività riabilitativa in regime MAC effettuata anche in gruppi non superiori a 6 pazienti ciascuno, purché l'attività sia articolata e proposta come Progetto Riabilitativo di Struttura alle ASL di competenza e da queste valutata e recepita.
- **ESAMI DI LABORATORIO e ACCERTAMENTI STRUMENTALI DI BASE:** devono essere compresi nella MAC, se richiesti, a percorso MAC iniziato e finalizzati alla fattibilità di procedure di diagnosi funzionale e di terapia coerenti con PRI o pri (es. routine ematologica, RX torace o di segmento osseo). Non devono essere comprese procedure diagnostico-terapeutiche medico-specialistiche di elevata complessità (per esempio esame urodinamico, videofluoroscopia per la deglutizione, trattamento della spasticità focale con Baclofen, ecografia muscolo-tendinea), né procedure relative a comorbidità non influenti su PRI o pri.
- **TRASPORTO:** in quanto intervento ambulatoriale, il trasporto tra il domicilio e l'ambulatorio MAC può beneficiare di un contributo di spesa.
- **CHIUSURA FINE ANNO:** come da Circolare n. 14San, è obbligatoria.

Allegato3 - SUB ALLEGATO C.1 "REQUISITI DI ACCREDITAMENTO PER LA RIABILITAZIONE"

AREA DEGENZA	
REQUISITI SPECIFICI DI ACCREDITAMENTO PER LA RIABILITAZIONE INTENSIVA DI ALTA COMPLESSITA'	
Note:	
<i>(*) I requisiti 5-6-7- si applicano alle U.O. nuove o ai locali oggetto di interventi edilizi con opere murarie</i>	
<i>Laddove indicato, l'assolvimento dei requisiti per Area/Unità Operativa è vincolato alla relativa sostenibilità logistica ed organizzativa in aderenza a quanto già previsto dalla DGR n. 9014/09</i>	
1	L'area di degenza è strutturata in modo da garantire il rispetto della privacy dell'utente ed un adeguato comfort di tipo alberghiero?
2	Sono garantiti spazi comuni di raccordo tra le degenze e/o i servizi sanitari nei quali prevedere "utilities" per gli accompagnatori o visitatori nella struttura?
3	La camera di degenza a più posti letto ha una superficie netta di 9 mq per posto letto? (Nel computo dei metri quadri va considerato il locale di degenza ed eventuali locali accessori - servizio igienico, antibagno, disimpegno)
4	L'altezza dei locali accessori, nel caso in cui questi vengano inseriti nel computo della superficie della camera di degenza, è non inferiore al requisito previsto dai vigenti regolamenti per i locali con permanenza continua di persone?
5	L'80% delle camere di degenza è dotata di due posti letto e del rimanente, non più del 10% è dotata al massimo di 4 posti letto? (*) vedi nota
6	Almeno il 10% delle camere di degenza della struttura ospedaliera è ad un solo posto letto? (*) vedi nota
7	Esiste almeno un servizio igienico per ogni camera? (*) vedi nota
8	Il servizio igienico ha una superficie minima netta di 2 mq?
9	Il servizio igienico è idoneo a pazienti con disabilità motoria? Essendo dotato per esempio di maniglie a muro per appoggio, di piatto doccia complanare al pavimento, e di wc idoneo a disabili motori (con seduta a ferro di cavallo e con doccino su tubo flessibile)
10	Nei servizi igienici, qualora sia prevista aereazione forzata, il gradiente di pressione garantisce il deflusso dell'aria in uscita dal locale di degenza verso il servizio igienico?
11	La superficie minima netta del locale di degenza con più di 1 posto letto (nel cui computo non vanno considerati eventuali locali accessori - servizio igienico, antibagno, disimpegno) è di 7 mq per posto letto?
12	Esiste un locale per il deposito del materiale pulito?
13	Esiste un locale, in ogni piano di degenza, per il materiale sporco, dotato di vuotatoio e lavapadelle?
14	E' possibile l'accesso ad ogni letto per mezzo di sollevatore, deambulatore, carrozzina, o barella?

15	E' previsto un numero adeguato di camere che consentano il trasporto del paziente senza trasferimento dal letto di degenza?
16	Esiste nell'Area/ Unità Operativa un locale per visita e medicazioni dotato di lettino articolato e a sollevamento elettrico e/o idraulico?
17	Esiste nell' Area/Unità Operativa un locale/ spazio destinato al Dirigente infermieristico e/o figure di coordinamento tecnico riabilitativo?
18	Esiste nell' Area/ Unità Operativa un locale, non ad uso esclusivo, per le attività dello Psicologo e/o dell'Assistente Sociale?
19	Esiste nell' Area/ Unità Operativa, un locale/ spazio per il personale infermieristico, sociosanitario e ausiliario?
20	Esiste nell' Area/ Unità Operativa un locale/ spazio per il Dirigente medico di secondo livello?
21	Esistono nell' Area/ Unità Operativa un locale/ spazio dedicato ai medici dirigenti di primo livello?
22	Esiste nell' Area/ Unità Operativa un locale per soggiorno e pasto in comune, con superficie di almeno 25 mq o comunque proporzionato al volume delle attività?
23	Esiste, accessibile dall'interno della struttura, un locale per il deposito delle attrezzature tecnico-assistenziali, pari ad almeno 9 mq o comunque proporzionato al volume delle attività?
24	Esiste una tisaneria di Area/ Unità Operativa?
25	Esistono, per piano, servizi igienici per il personale, distinti da quelli per gli utenti e distinti da quelli per i visitatori e, ove possibile, distinti per genere?
26	Esiste nella struttura, per i visitatori almeno un bagno per disabili?
27	Esiste nell'Area/ Unità Operativa un'area/ locale di attesa per i visitatori proporzionato al volume delle attività?
28	Esiste nell'Area/ Unità Operativa un numero di bagni assistiti con vasca apribile o barella doccia, adeguato al volume delle attività ?
29	Per i ricoveri di pazienti in età evolutiva, sono previsti spazi di soggiorno e svago ad uso esclusivo dei bambini, in misura di almeno 20 mq per 20 posti letto, da incrementarsi in misura di 5 mq ogni ulteriori 10 posti letto o comunque proporzionato al volume delle attività?
30	Per i ricoveri di pazienti in età evolutiva sono previsti due posti letto per camera, per tenere conto delle necessità di ospitare un genitore o altra figura di riferimento accanto al bambino?
31	Per i ricoverati in età evolutiva, esiste nell'edificio, uno spazio dedicato ad attività educative di almeno 9 mq o comunque proporzionato alla tipologia e volume di attività?
32	Esiste una palestra indivisa per l'esercizio terapeutico di almeno 40 mq per il trattamento contemporaneo di 5 pazienti, la cui superficie deve essere implementata di 5 mq per ogni paziente in più trattato contemporaneamente?
33	Le ulteriori aree di esercizio motorio terapeutico, se necessarie in relazione alla tipologia ed al volume delle attività, sono ripartite in locali ciascuno di dimensioni non inferiori a 9 mq?

34	Se necessari in relazione alla tipologia ed al volume delle attività, sono presenti locali per terapia occupazionale, logopedia , rieducazione cognitiva e attività di neuropsicologia e/o psicologia clinica ?
35	E' presente nell'edificio un locale ove destinare, anche in via non esclusiva, l'attività di rieducazione sfinterica, dotato di servizio igienico esclusivo?
36	Esiste un impianto di illuminazione di emergenza?
37	Esiste un impianto di forza motrice con almeno una presa di alimentazione normale?
38	Esiste un impianto di gas medicali (prese vuoti e ossigeno)?
Requisiti tecnologici	
A. REQUISITI TECNOLOGICI ASSISTENZIALI	
39	Sono disponibili materassi antidecubito, di differenti tipologie, in relazione alle necessità dei pazienti?
40	Sono presenti nell'Unità Operativa sistemi di monitoraggio di parametri vitali (almeno PA, FC, SatO2, ECG) completi di monitor e allarme acustico e trasmissione dell'allarme al personale di servizio, applicabili al letto del paziente, in numero di 1 ogni 10 posti-letto o comunque in numero adeguato alle attività svolte?
41	Si dispone, su ogni piano di degenza, di un carrello per la gestione della terapia, delle medicazioni, con eventuale strumentario chirurgico?
42	Si dispone su ogni piano di degenza di un carrello per la gestione dell'emergenza, completo di cordiomonitor con defibrillatore, unità di ventilazione manuale e bronco aspiratore?
43	Sono disponibili nella U.O. carrozzine di vario tipo, sistemi basculanti, sistemi di postura e ausili per la postura, sistemi pesa-persone per pazienti allettati e in carrozzina in numero adeguato alle attività svolte?
44	Nella Unità Operativa sono disponibili pompe infusionali, parenterali o enterali, in numero adeguato alle attività svolte?
45	Nell'Unità Operativa è presente una strumentazione impedenzometrica atta a stimare la composizione corporea?
46	Nella Unità Operativa sono disponibili ausili per le attività quotidiane per disabili motori (ad esempio set di posate modificate in numero proporzionato alle attività svolte)?
B. REQUISITI TECNOLOGICI /VALUTATIVI	
47	In relazione all'attività svolta è garantita l'attività di diagnostica e valutativa?
48	In relazione all'attività svolta è garantita:
	a)l'esecuzione di esami per la valutazione della funzionalità respiratoria
	b)il monitoraggio dei parametri vitali durante l'esercizio riabilitativo
	c)la valutazione della capacità di deglutizione
	d) la valutazione della funzionalità vescico-sfinterica
	e) la valutazione del circolo arterioso e venoso periferico

	f) la valutazione dei distretti articolari e muscolo tendinei
	g) la valutazione dei disturbi dell'equilibrio e del cammino
	h) la valutazione della forza muscolare
49	Sono disponibili nell'Unità Operativa ventilatori meccanici in relazione all'attività svolta?
50	Esiste nell'Unità Operativa un impianto di chiamata con segnalazione acustica e luminosa possibilmente adattato alle esigenze del paziente?
C. REQUISITI TECNOLOGICI PER L'ESERCIZIO TERAPEUTICO	
51	La dotazione strumentale prevede almeno:
	a) strumenti per la mobilizzazione degli arti
	b) strumenti per la verticalizzazione
	c) strumenti per il rinforzo muscolare
	d) strumenti per la elettrostimolazione antalgica o muscolare
	e) strumenti per la riabilitazione del pavimento pelvico
	f) strumenti per il biofeedback elettromiografico
	g) strumenti elettromeccanici per la riabilitazione alla deambulazione
	h) strumenti per la rimozione delle secrezioni bronchiali
	i) ausili e ortesi personalizzate
	l) attrezzi portatili per l'esercizio terapeutico
REQUISITI ORGANIZZATIVI	
52	Nella Unità Operativa è presente un dirigente medico di II livello?
53	L'assistenza medica garantita da medici di primo livello (misurata in minuto/paziente/die dal lunedì al venerdì) garantisce uno standard assistenziale di 45 minuti?
54	Nell'ambito orario 8.00-20.00, dal lunedì al venerdì è garantito il minutaggio di 45 minuti per ogni paziente?
55	E' prevista la presenza di un medico dell'Unità Operativa non coinvolto nei turni di guardia interdivisionale anche il sabato, per almeno 4 ore?
56	E' garantito il servizio di guardia medica anche interdivisionale? (24 ore al giorno)
57	E' stato predisposto un Progetto Riabilitativo di Struttura (P.R.S.), da aggiornare almeno ogni anno?
58	Il Progetto Riabilitativo di Struttura (P.R.S.) prevede procedure a garanzia della continuità assistenziale che tutelano il paziente nelle fasi di trasferimento da e verso la Unità Operativa ?
59	Il Progetto Riabilitativo di Struttura prevede che siano declinate nel Progetto Riabilitativo Individuale procedure di monitoraggio dell'outcome del paziente per almeno 12 mesi dopo la dimissione per tutti i pazienti dimessi?
60	E' stato predisposto e inserito in cartella clinica, per ciascun paziente, un Progetto Riabilitativo Individuale (P.R.I.), con i relativi programmi riabilitativi individuali (p.r.i.)?
61	Il P.R.I e i p.r.i. sono aggiornati periodicamente nel corso dell'episodio di cura?
62	Sono presenti, all'interno dello stesso presidio, regimi riabilitativi in accreditamento con il SSN, sia in degenza sia ambulatoriale?
63	E' garantita la possibilità di prescrizione di ausili a carico del SSN presso il presidio se previsto dalla normativa vigente?

64	E' garantita la disponibilità dell'attività diagnostica neurofisiologica di EMG, PESS, PEM, EEG?
65	E' garantita, in relazione all'attività svolta, la consulenza dei seguenti specialisti (ove non siano già presenti le specializzazioni per i medici della UO): neurologo o neurofisiopatologo, internista, dietologo-nutrizionista, urologo, anestesista-rianimatore, cardiologo, pneumologo, neurochirurgo, ortopedico, oculista, otorinolaringoiatra, foniatra, infettivologo, psichiatra, chirurgo?
66	E' garantita la possibilità di personalizzare la dieta del paziente secondo necessità metaboliche o neuromotorie del paziente?
67	L'Unità Operativa è diretta da un medico con idonei requisiti anche in aderenza al Piano di Indirizzo per la riabilitazione G.U. n.50 del 02/03/2011?
68	I medici non apicali della Unità Operativa sono in possesso di idonei requisiti anche in aderenza al Piano di Indirizzo per la riabilitazione G.U. n.50 del 02/03/2011?
69	E' garantita la presenza del personale infermieristico sulle 24 ore?
70	La presenza infermieristica nelle ore notturne è non inferiore ad un terzo di quella prevista nelle ore diurne?
71	La composizione di équipes infermieristiche che prestino assistenza in più di una Unità Operativa è consentita solo all'interno di raggruppamenti di specialità omogenei per intensità delle cure erogate, al fine di garantire specifiche competenza nell'assistenza infermieristica?
72	L'assistenza infermieristica (misurata in minuto/paziente/die), erogata dall'infermiere, garantisce complessivamente uno standard assistenziale di 135 min/paziente/die? (Il dirigente infermieristico non contribuisce a determinare questo tempo).
73	Il tempo garantito dall'operatore socio-sanitario per il 50% può rientrare nel minutaggio infermieristico, determinandone non oltre il 50%?
74	Gli operatori delle professioni sanitarie della riabilitazione con le qualifiche di fisioterapista, terapeuta occupazionale, logopedista, terapeuta della neuropsicomotricità, educatore, garantiscono nel complesso uno standard riabilitativo di trattamento individuale di almeno 500 min/paziente/settimana?
75	E' presente uno psicologo o un neuropsicologo per almeno 15 ore/settimana ogni 20 posti letto?
76	E' garantita la possibilità di colloqui psicoterapici, per pazienti e/o caregivers, in misura di almeno 3 ore settimanali per ogni 20 posti letto?
77	E' presente almeno 1 logopedista per almeno 15 ore/settimana ogni 20 posti letto?
78	E' presente almeno 1 terapeuta occupazionale 15 ore/settimana ogni 20 posti letto? (Limitatamente all'età evolutiva, tale figura può essere sostituita da terapeuta della neuropsicomotricità o educatore)
79	E' presente almeno un assistente sociale per almeno 3 ore/settimana ogni 20 posti letto?
80	L'attività tecnica della riabilitazione è organizzata per svolgersi per almeno 6 giorni su 7?

	AREA DEGENZA
	REQUISITI SPECIFICI DI ACCREDITAMENTO PER LA RIABILITAZIONE INTENSIVA
	Note: <i>(*) I requisiti 5-6-7- si applicano alle U.O. nuove o ai locali oggetto di interventi edilizi con opere murarie</i>
	<i>Laddove indicato, l'assolvimento dei requisiti per Area/Unità Operativa è vincolato alla relativa sostenibilità logistica ed organizzativa in aderenza a quanto già previsto dalla DGR n. 9014/09</i>
1	L'area di degenza è strutturata in modo da garantire il rispetto della privacy dell'utente ed un adeguato comfort di tipo alberghiero?
2	Sono garantiti spazi comuni di raccordo tra le degenze e/o i servizi sanitari nei quali prevedere "utilities" per gli accompagnatori o visitatori nella struttura?
3	La camera di degenza a più posti letto ha una superficie netta di 9 mq per posto letto? (Nel computo dei metri quadri va considerato il locale di degenza ed eventuali locali accessori - servizio igienico, antibagno, disimpegno)
4	L'altezza dei locali accessori, nel caso in cui questi vengano inseriti nel computo della superficie della camera di degenza, è non inferiore al requisito previsto dai vigenti regolamenti per i locali con permanenza continua di persone?
5	Il 50% delle camere di degenza è dotata di due posti letto e del rimanente, non più del 40% è dotata al massimo di 4 posti letto? (*) vedi nota
6	Almeno il 10% delle camere di degenza della struttura ospedaliera è ad un solo posto letto? (*) vedi nota
7	Esiste almeno un servizio igienico per ogni 4 posti-letto? (*) vedi nota
8	Il servizio igienico ha una superficie minima netta di 2 mq?
9	Il servizio igienico è idoneo a pazienti con disabilità motoria? Essendo dotato per esempio di maniglie a muro per appoggio, di piatto doccia complanare al pavimento, e di wc idoneo a disabili motori (con seduta a ferro di cavallo e con doccia su tubo flessibile)
10	Nei servizi igienici, qualora sia prevista aereazione forzata, il gradiente di pressione garantisce il deflusso dell'aria in uscita dal locale di degenza verso il servizio igienico?
11	La superficie minima netta del locale di degenza con più di 1 posto letto (nel cui computo non vanno considerati eventuali locali accessori - servizio igienico, antibagno, disimpegno) è di 7 mq per posto letto?
12	Esiste un locale per il deposito del materiale pulito?
13	Esiste un locale, in ogni piano di degenza, per il materiale sporco, dotato di vuotatoio e lavapadelle?
14	E' possibile l'accesso ad ogni letto per mezzo di sollevatore, deambulatore, carrozzina, o barella?
15	E' previsto un numero adeguato di camere che consentano il trasporto del paziente senza trasferimento dal letto di degenza?

16	Esiste nell'Area/ Unità Operativa un locale per visita e medicazioni dotato di lettino articolato e a sollevamento elettrico e/o idraulico?
17	Esiste nell' Area/Unità Operativa un locale/ spazio destinato al Dirigente infermieristico e/o figure di coordinamento tecnico riabilitativo?
18	Esiste nell' Area/ Unità Operativa un locale, non ad uso esclusivo, per le attività dello Psicologo e/o dell'Assistente Sociale?
19	Esiste nell' Area/ Unità Operativa, un locale/ spazio per il personale infermieristico, sociosanitario e ausiliario?
20	Esiste nell' Area/ Unità Operativa un locale/ spazio per il Dirigente medico di secondo livello?
21	Esistono nell' Area/ Unità Operativa un locale/ spazio dedicato ai medici dirigenti di primo livello?
22	Esiste nell' Area/ Unità Operativa un locale per soggiorno e pasto in comune, con superficie di almeno 25 mq o comunque proporzionato al volume delle attività?
23	Esiste, accessibile dall'interno della struttura, un locale per il deposito delle attrezzature tecnico-assistenziali, pari ad almeno 9 mq o comunque proporzionato al volume delle attività?
24	Esiste una tisaneria di Area/ Unità Operativa?
25	Esistono, per piano, servizi igienici per il personale, distinti da quelli per gli utenti e distinti da quelli per i visitatori e, ove possibile, distinti per genere?
26	Esiste nella struttura, per i visitatori almeno un bagno per disabili?
27	Esiste nell'Area/ Unità Operativa un'area/ locale di attesa per i visitatori proporzionato al volume delle attività?
28	Esiste nell'Area/ Unità Operativa un numero di bagni assistiti con vasca apribile o barella doccia, adeguato al volume delle attività ?
29	Per i ricoveri di pazienti in età evolutiva, sono previsti spazi di soggiorno e svago ad uso esclusivo dei bambini, in misura di almeno 20 mq per 20 posti letto, da incrementarsi in misura di 5 mq ogni ulteriori 10 posti letto o comunque proporzionato al volume delle attività?
30	Per i ricoveri di pazienti in età evolutiva sono previsti due posti letto per camera, per tenere conto delle necessità di ospitare un genitore o altra figura di riferimento accanto al bambino?
31	Per i ricoverati in età evolutiva, esiste nell'edificio, uno spazio dedicato ad attività educative di almeno 9 mq o comunque proporzionato alla tipologia e volume di attività?
32	Esiste una palestra indivisa per l'esercizio terapeutico di almeno 40 mq per il trattamento contemporaneo di 5 pazienti, la cui superficie deve essere implementata di 5 mq per ogni paziente in più trattato contemporaneamente?
33	Le ulteriori aree di esercizio motorio terapeutico, se necessarie in relazione alla tipologia ed al volume delle attività, sono ripartite in locali ciascuno di dimensioni non inferiori a 9 mq?

34	Se necessari in relazione alla tipologia ed al volume delle attività, sono presenti locali per terapia occupazionale, logopedia, rieducazione cognitiva e attività di neuropsicologia e/o psicologia clinica?
35	E' presente nell'edificio un locale ove destinare, anche in via non esclusiva, l'attività di rieducazione sfinterica, dotato di servizio igienico esclusivo?
36	Esiste un impianto di illuminazione di emergenza?
37	Esiste un impianto di forza motrice con almeno una presa di alimentazione normale?
38	Esiste un impianto di gas medicali (prese vuoti e ossigeno)?
Requisiti tecnologici	
A. REQUISITI TECNOLOGICI ASSISTENZIALI	
39	Sono disponibili materassi antidecubito, di differenti tipologie, in relazione alle necessità dei pazienti?
40	Sono presenti nell'Unità Operativa sistemi di monitoraggio di parametri vitali (almeno PA, FC, SatO2, ECG) completi di monitor e allarme acustico e trasmissione dell'allarme al personale di servizio, applicabili al letto del paziente, in numero di 1 ogni 10 posti-letto o comunque in numero adeguato alle attività svolte?
41	Si dispone, su ogni piano di degenza, di un carrello per la gestione della terapia, delle medicazioni, con eventuale strumentario chirurgico?
42	Si dispone su ogni piano di degenza di un carrello per la gestione dell'emergenza, completo di cordiomonitor con defibrillatore, unità di ventilazione manuale e bronco aspiratore?
43	Sono disponibili nella U.O. carrozzine di vario tipo, sistemi basculanti, sistemi di postura e ausili per la postura, sistemi pesa-persone per pazienti allettati e in carrozzina in numero adeguato alle attività svolte?
44	Nella Unità Operativa sono disponibili pompe infusionali, parenterali o enterali, in numero adeguato alle attività svolte?
45	Nell'Unità Operativa è presente una strumentazione impedenzometrica atta a stimare la composizione corporea?
46	Nella Unità Operativa sono disponibili ausili per le attività quotidiane per disabili motori (ad esempio set di posate modificate in numero proporzionato alle attività svolte)?
B. REQUISITI TECNOLOGICI /VALUTATIVI	
47	In relazione all'attività svolta è garantita l'attività di diagnostica e valutativa?
48	In relazione all'attività svolta è garantita:
	a) l'esecuzione di esami per la valutazione della funzionalità respiratoria
	b) il monitoraggio dei parametri vitali durante l'esercizio riabilitativo
	c) la valutazione della capacità di deglutizione
	d) la valutazione della funzionalità vescico-sfinterica
	e) la valutazione del circolo arterioso e venoso periferico
	f) la valutazione dei distretti articolari e muscolo tendinei
	g) la valutazione dei disturbi dell'equilibrio e del cammino

	h) la valutazione della forza muscolare
49	Sono disponibili nell'Unità Operativa ventilatori meccanici in relazione all'attività svolta?
50	Esiste nell'Unità Operativa un impianto di chiamata con segnalazione acustica e luminosa possibilmente adattato alle esigenze del paziente?
C. REQUISITI TECNOLOGICI PER L'ESERCIZIO TERAPEUTICO	
51	La dotazione strumentale prevede almeno:
	a) strumenti per la mobilizzazione degli arti
	b) strumenti per la verticalizzazione
	c) strumenti per il rinforzo muscolare
	d) strumenti per la elettrostimolazione antalgica o muscolare
	e) strumenti per la riabilitazione del pavimento pelvico
	f) strumenti per il biofeedback elettromiografico
	g) strumenti elettromeccanici per la riabilitazione alla deambulazione
	h) strumenti per la rimozione delle secrezioni bronchiali
	i) ausili e ortesi personalizzate
	l) attrezzi portatili per l'esercizio terapeutico
REQUISITI ORGANIZZATIVI	
52	Nella Unità Operativa è presente un dirigente medico di II livello?
53	L'assistenza medica garantita da medici di primo livello (misurata in minuto/paziente/die dal lunedì al venerdì) garantisce uno standard assistenziale di 30 minuti?
54	Nell'ambito orario 8.00-20.00, dal lunedì al venerdì è garantito il minutaggio di 30 minuti per ogni paziente?
55	E' prevista la presenza di un medico dell'Unità Operativa non coinvolto nei turni di guardia interdivisionale anche il sabato, per almeno 4 ore?
56	E' garantito il servizio di guardia medica anche interdivisionale? (24 ore al giorno)
57	E' stato predisposto un Progetto Riabilitativo di Struttura (P.R.S.), da aggiornare almeno ogni anno?
58	Il Progetto Riabilitativo di Struttura (P.R.S.) prevede procedure a garanzia della continuità assistenziale che tutelano il paziente nelle fasi di trasferimento da e verso la Unità Operativa?
59	Il Progetto Riabilitativo di Struttura prevede procedure di monitoraggio dell'outcome del paziente per almeno 12 mesi dopo la dimissione per almeno il 30% dei pazienti
60	E' stato predisposto e inserito in cartella clinica, per ciascun paziente, un Progetto Riabilitativo Individuale (P.R.I.), con i relativi programmi riabilitativi individuali (p.r.i.)?
61	Il P.R.I. e i p.r.i. sono aggiornati periodicamente nel corso dell'episodio di cura?
62	Sono presenti, all'interno dello stesso presidio, regimi riabilitativi in accreditamento con il SSN, sia in degenza sia ambulatoriale?
63	E' garantita la possibilità di prescrizione di ausili a carico del SSN presso il presidio se previsto dalla normativa vigente?
64	E' garantita la disponibilità dell'attività diagnostica neurofisiologica di EMG, PESS, PEM, EEG?

65	E' garantita , in relazione all'attività svolta, la consulenza dei seguenti specialisti (ove non siano già presenti le specializzazioni per i medici della UO): neurologo o neurofisiopatologo, internista, dietologo-nutrizionista, urologo,anestesista-rianimatore, cardiologo, pneumologo, neurochirurgo, ortopedico, oculista, otorinolaringoiatra, foniaatra, infettivologo, psichiatra, chirurgo?
66	E' garantita la possibilità di personalizzare la dieta del paziente secondo necessità metaboliche o neuromotorie del paziente?
67	L'Unità Operativa è diretta da un medico con idonei requisiti anche in aderenza al Piano di Indirizzo per la riabilitazione G.U. n.50 del 02/03/2011?
68	I medici non apicali della Unità Operativa sono in possesso di idonei requisiti anche in aderenza al Piano di Indirizzo per la riabilitazione G.U. n.50 del 02/03/2011?
69	E' garantita la presenza del personale infermieristico sulle 24 ore?
70	La presenza infermieristica nelle ore notturne è non inferiore ad un terzo di quella prevista nelle ore diurne?
71	La composizione di équipes infermieristiche che prestino assistenza in più di una Unità Operativa è consentita solo all'interno di raggruppamenti di specialità omogenei per intensità delle cure erogate, al fine di garantire specifiche competenza nell'assistenza infermieristica?
72	L'assistenza infermieristica (misurata in minuto/paziente/die), erogata dall'infermiere, garantisce complessivamente uno standard assistenziale di 110 min/paziente/die? (Il dirigente infermieristico non contribuisce a determinare questo tempo).
73	Il tempo garantito dall'operatore socio-sanitario per il 50% può rientrare nel minutaggio infermieristico, determinandone non oltre il 50%?
74	Gli operatori delle professioni sanitarie della riabilitazione con le qualifiche di fisioterapista, terapeuta occupazionale, logopedista , terapeuta della neuropsicomotricità, educatore, garantiscono nel complesso uno standard riabilitativo di trattamento individuale di almeno 420 min/paziente/settimana?
75	E' presente uno psicologo o un neuropsicologo per almeno 15 ore/settimana ogni 20 posti letto?
76	E' garantita la possibilità di colloqui psicoterapici, per pazienti e/o caregivers, in misura di almeno 3 ore settimanali per ogni 20 posti letto?
77	E' presente almeno 1 logopedista per almeno 10 ore/settimana ogni 20 posti letto?
78	E' presente almeno 1 terapeuta occupazionale 10 ore/settimana ogni 20 posti letto? (Limitatamente all'età evolutiva, tale figura può essere sostituita da terapeuta della neuropsicomotricità o educatore)
79	E' presente almeno un assistente sociale per almeno 3 ore/settimana ogni 20 posti letto?
80	L'attività tecnica della riabilitazione è organizzata per svolgersi per almeno 6 giorni su 7?

AREA DEGENZA	
REQUISITI SPECIFICI DI ACCREDITAMENTO PER LA RIABILITAZIONE ESTENSIVA	
	Note: <i>(*)I requisiti 5-6-7- si applicano alle U.O. nuove o ai locali oggetto di interventi edilizi con opere murarie</i>
	<i>Laddove indicato, l'assolvimento dei requisiti per Area/Unità Operativa è vincolato alla relativa sostenibilità logistica ed organizzativa in aderenza a quanto già previsto dalla DGR n. 9014/09</i>
1	L'area di degenza è strutturata in modo da garantire il rispetto della privacy dell'utente ed un adeguato comfort di tipo alberghiero?
2	Sono garantiti spazi comuni di raccordo tra le degenze e/o i servizi sanitari nei quali prevedere "utilities" per gli accompagnatori o visitatori nella struttura?
3	La camera di degenza a più posti letto ha una superficie netta di 9 mq per posto letto? (Nel computo dei metri quadri va considerato il locale di degenza ed eventuali locali accessori - servizio igienico, antibagno, disimpegno)
4	L'altezza dei locali accessori, nel caso in cui questi vengano inseriti nel computo della superficie della camera di degenza, è non inferiore al requisito previsto dai vigenti regolamenti per i locali con permanenza continua di persone?
5	Il 50% delle camere di degenza è dotata di due posti letto e del rimanente, non più del 40% è dotata al massimo di 4 posti letto? (*) vedi nota
6	Almeno il 10% delle camere di degenza della struttura ospedaliera è ad un solo posto letto? (*) vedi nota
7	Esiste almeno un servizio igienico per ogni 4 posti-letto? (*) vedi nota
8	Il servizio igienico ha una superficie minima netta di 2 mq?
9	Il servizio igienico è idoneo a pazienti con disabilità motoria? Essendo dotato per esempio di maniglie a muro per appoggio, di piatto doccia complanare al pavimento, e di wc idoneo a disabili motori (con seduta a ferro di cavallo e con doccia su tubo flessibile)
10	Nei servizi igienici, qualora sia prevista aereazione forzata, il gradiente di pressione garantisce il deflusso dell'aria in uscita dal locale di degenza verso il servizio igienico?
11	La superficie minima netta del locale di degenza con più di 1 posto letto (nel cui computo non vanno considerati eventuali locali accessori - servizio igienico, antibagno, disimpegno) è di 7 mq per posto letto?
12	Esiste un locale per il deposito del materiale pulito?
13	Esiste un locale, in ogni piano di degenza, per il materiale sporco, dotato di vuotatoio e lavapadelle?
14	E' possibile l'accesso ad ogni letto per mezzo di sollevatore, deambulatore, carrozzina, o barella?
15	E' previsto un numero adeguato di camere che consentano il trasporto del paziente senza trasferimento dal letto di degenza?
16	Esiste nell'Area/ Unità Operativa un locale per visita e medicazioni dotato di lettino articolato e a sollevamento elettrico e/o idraulico?

17	Esiste nell' Area/Unità Operativa un locale/ spazio destinato al Dirigente infermieristico e/o figure di coordinamento tecnico riabilitativo?
18	Esiste nell' Area/ Unità Operativa un locale, non ad uso esclusivo, per le attività dello Psicologo e/o dell'Assistente Sociale?
19	Esiste nell' Area/ Unità Operativa, un locale/ spazio per il personale infermieristico, sociosanitario e ausiliario?
20	Esiste nell' Area/ Unità Operativa un locale/ spazio per il Dirigente medico di secondo livello?
21	Esistono nell' Area/ Unità Operativa un locale/ spazio dedicato ai medici dirigenti di primo livello?
22	Esiste nell' Area/ Unità Operativa un locale per soggiorno e pasto in comune, con superficie di almeno 25 mq o comunque proporzionato al volume delle attività?
23	Esiste, accessibile dall'interno della struttura, un locale per il deposito delle attrezzature tecnico-assistenziali, pari ad almeno 9 mq o comunque proporzionato al volume delle attività?
24	Esiste una tisaneria di Area/ Unità Operativa?
25	Esistono, per piano, servizi igienici per il personale, distinti da quelli per gli utenti e distinti da quelli per i visitatori e, ove possibile, distinti per genere?
26	Esiste nella struttura, per i visitatori almeno un bagno per disabili?
27	Esiste nell'Area/ Unità Operativa un'area/ locale di attesa per i visitatori proporzionato al volume delle attività?
28	Esiste nell'Area/ Unità Operativa un numero di bagni assistiti con vasca apribile o barella doccia, adeguato al volume delle attività ?
29	Per i ricoveri di pazienti in età evolutiva, sono previsti spazi di soggiorno e svago ad uso esclusivo dei bambini, in misura di almeno 20 mq per 20 posti letto, da incrementarsi in misura di 5 mq ogni ulteriori 10 posti letto o comunque proporzionato al volume delle attività?
30	Per i ricoveri di pazienti in età evolutiva sono previsti due posti letto per camera, per tenere conto delle necessità di ospitare un genitore o altra figura di riferimento accanto al bambino?
31	Per i ricoverati in età evolutiva, esiste nell'edificio, uno spazio dedicato ad attività educative di almeno 9 mq o comunque proporzionato alla tipologia e volume di attività?
32	Esiste una palestra indivisa per l'esercizio terapeutico di almeno 40 mq per il trattamento contemporaneo di 5 pazienti, la cui superficie deve essere implementata di 5 mq per ogni paziente in più trattato contemporaneamente?
33	Le ulteriori aree di esercizio motorio terapeutico, se necessarie in relazione alla tipologia ed al volume delle attività, sono ripartite in locali ciascuno di dimensioni non inferiori a 9 mq?
34	Esiste un impianto di illuminazione di emergenza?
35	Esiste un impianto di forza motrice con almeno una presa di alimentazione normale?

36	Esiste un impianto di gas medicali (prese vuoti e ossigeno)?
Requisiti tecnologici	
A. REQUISITI TECNOLOGICI ASSISTENZIALI	
37	Sono disponibili materassi antidecubito, di differenti tipologie, in relazione alle necessità dei pazienti?
38	Sono presenti nell'Unità Operativa sistemi di monitoraggio di parametri vitali (almeno PA, FC, SatO2, ECG) completi di monitor e allarme acustico e trasmissione dell'allarme al personale di servizio, applicabili al letto del paziente, in numero di 1 ogni 10 posti-letto o comunque in numero adeguato alle attività svolte?
39	Si dispone, su ogni piano di degenza, di un carrello per la gestione della terapia, delle medicazioni, con eventuale strumentario chirurgico?
40	Si dispone su ogni piano di degenza di un carrello per la gestione dell'emergenza, completo di cardiomonitor con defibrillatore, unità di ventilazione manuale e bronco aspiratore?
41	Sono disponibili nella U.O. carrozzine di vario tipo, sistemi basculanti, sistemi di postura e ausili per la postura, sistemi pesa-persone per pazienti allettati e in carrozzina in numero adeguato alle attività svolte?
42	Nella Unità Operativa sono disponibili pompe infusionali, parenterali o enterali, in numero adeguato alle attività svolte?
43	Nell'Unità Operativa è presente una strumentazione impedenzometrica atta a stimare la composizione corporea?
44	Nella Unità Operativa sono disponibili ausili per le attività quotidiane per disabili motori (ad esempio set di posate modificate in numero proporzionato alle attività svolte)?
B. REQUISITI TECNOLOGICI /VALUTATIVI	
45	In relazione all'attività svolta è garantita l'attività di diagnostica e valutativa?
46	In relazione all'attività svolta è garantita:
	a) l'esecuzione di esami per la valutazione della funzionalità respiratoria
	b) il monitoraggio dei parametri vitali durante l'esercizio riabilitativo
	c) la valutazione della capacità di deglutizione
	d) la valutazione della funzionalità vescico-sfinterica
	e) la valutazione del circolo arterioso e venoso periferico
	f) la valutazione dei distretti articolari e muscolo tendinei
	g) la valutazione dei disturbi dell'equilibrio e del cammino
	h) la valutazione della forza muscolare
47	Sono disponibili nell'Unità Operativa ventilatori meccanici in relazione all'attività svolta?
48	Esiste nell'Unità Operativa un impianto di chiamata con segnalazione acustica e luminosa possibilmente adattato alle esigenze del paziente?
C. REQUISITI TECNOLOGICI PER L'ESERCIZIO TERAPEUTICO	
49	La dotazione strumentale prevede almeno:
	a) strumenti per la mobilizzazione degli arti
	b) strumenti per la verticalizzazione
	c) strumenti per il rinforzo muscolare
	d) strumenti per la elettrostimolazione antalgica o muscolare

	e) strumenti per la riabilitazione del pavimento pelvico
	f) strumenti per il biofeedback elettromiografico
	g) strumenti elettromeccanici per la riabilitazione alla deambulazione
	h) strumenti per la rimozione delle secrezioni bronchiali
	i) ausili e ortesi personalizzate
	l) attrezzi portatili per l'esercizio terapeutico
REQUISITI ORGANIZZATIVI	
50	Nella Unità Operativa è presente un dirigente medico di II livello?
51	L'assistenza medica garantita da medici di primo livello (misurata in minuto/paziente/die dal lunedì al venerdì) garantisce uno standard assistenziale di 20 minuti?
52	Nell'ambito orario 8.00-20.00, dal lunedì al venerdì è garantito il minutaggio di 20 minuti per ogni paziente?
53	E' prevista la presenza di un medico dell'Unità Operativa non coinvolto nei turni di guardia interdivisionale anche il sabato, per almeno 4 ore?
54	E' garantito il servizio di guardia medica anche interdivisionale? (24 ore al giorno)
55	E' stato predisposto un Progetto Riabilitativo di Struttura (P.R.S.), da aggiornare almeno ogni anno?
56	Il Progetto Riabilitativo di Struttura (P.R.S.) prevede procedure a garanzia della continuità assistenziale che tutelano il paziente nelle fasi di trasferimento da e verso la Unità Operativa ?
57	E' stato predisposto e inserito in cartella clinica, per ciascun paziente, un Progetto Riabilitativo Individuale (P.R.I.), con i relativi programmi riabilitativi individuali (p.r.i.)?
58	Il P.R.I e i p.r.i. sono aggiornati periodicamente nel corso dell'episodio di cura?
59	Sono presenti, all'interno dello stesso presidio, regimi riabilitativi in accreditamento con il SSN, sia in degenza sia ambulatoriale?
60	E' garantita la possibilità di prescrizione di ausili a carico del SSN presso il presidio se previsto dalla normativa vigente?
61	E' garantita la possibilità di personalizzare la dieta del paziente secondo necessità metaboliche o neuromotorie del paziente?
62	L'Unità Operativa è diretta da un medico con idonei requisiti anche in aderenza al Piano di Indirizzo per la riabilitazione G.U. n.50 del 02/03/2011?
63	I medici non apicali della Unità Operativa sono in possesso di idonei requisiti anche in aderenza al Piano di Indirizzo per la riabilitazione G.U. n.50 del 02/03/2011?
64	E' garantita la presenza del personale infermieristico sulle 24 ore?
65	La presenza infermieristica nelle ore notturne è non inferiore ad un terzo di quella prevista nelle ore diurne?
66	La composizione di équipes infermieristiche che prestino assistenza in più di una Unità Operativa è consentita solo all'interno di raggruppamenti di specialità omogenei per intensità delle cure erogate, al fine di garantire specifiche competenze nell'assistenza infermieristica?

67	L'assistenza infermieristica (misurata in minuto/paziente/die), erogata dall'infermiere, garantisce complessivamente uno standard assistenziale di 110 min/paziente/die? (Il dirigente infermieristico non contribuisce a determinare questo tempo)
68	Il tempo garantito dall'operatore socio-sanitario per il 50% può rientrare nel minutaggio infermieristico, determinandone non oltre il 50%?
69	Gli operatori delle professioni sanitarie della riabilitazione con le qualifiche di fisioterapista, terapeuta occupazionale, logopedista, terapeuta della neuropsicomotricità, educatore, garantiscono nel complesso uno standard riabilitativo di trattamento individuale di almeno 220 min/paziente/settimana?
70	E' presente uno psicologo o un neuropsicologo per almeno 10 ore/settimana ogni 20 posti letto?
71	E' garantita la possibilità di colloqui psicoterapici, per pazienti e/o caregivers, in misura di almeno 3 ore settimanali per ogni 20 posti letto?
72	E' presente almeno 1 logopedista per almeno 6 ore/settimana ogni 20 posti letto?
73	E' presente almeno 1 terapeuta occupazionale 6 ore/settimana ogni 20 posti letto? (Limitatamente all'età evolutiva, tale figura può essere sostituita da terapeuta della neuropsicomotricità o educatore)
74	E' presente almeno un assistente sociale per almeno 3 ore/settimana ogni 20 posti letto?
75	L'attività tecnica della riabilitazione è organizzata per svolgersi per almeno 5 giorni su 7?

Allegato 3 - SUB ALLEGATO C.2 "PROGETTO E PROGRAMMA RIABILITATIVO INDIVIDUALE UNIFICATO FINALIZZATO ALLE ATTIVITA' DI CARDIOLOGIA RIABILITATIVA NEL SISTEMA SANITARIO DELLA REGIONE LOMBARDIA"

Tavolo Tecnico Istituito presso la Direzione Generale Regione Lombardia

1. Razionale e riferimenti
2. Estensori del documento
3. Scheda PRI e pri

1. RAZIONALE E RIFERIMENTI

Come già descritto dal precedente documento allegato alla Delibera n° 9772 del 30.09.09, a cui si rimanda per l'opportuna contestualizzazione delle tematiche relative all'appropriatezza degli interventi di cardiologia Riabilitativa (CR) in Regione Lombardia, il Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) è un documento di estrema rilevanza gestionale ad ogni livello. La Deliberazione della Regione Lombardia N° VIII/001375 del 14/12/2005 sottolinea che il PRI: 1) attiene alla responsabilità del Dirigente medico dell'UO di Riabilitazione che emette la SDO relativa al paziente, 2) alla sua elaborazione contribuisce l'intero team riabilitativo, 3) deve contenere un obiettivo riabilitativo coerente, la descrizione delle figure che partecipano al progetto, la metodologia e i tempi di verifica, 4) deve fare parte integrante della cartella clinica e 5) deve essere declinato nel Programma Riabilitativo individuale (pri).

Nel 2006, la Sottocommissione "Cardiologia Riabilitativa" della Commissione Cardiocerebrovascolare Regione Lombardia, nell'ambito del documento "Prevenzione delle recidive nei pazienti che hanno già avuto incidenti cardiocerebrovascolari", evidenziava una serie di criticità del PRI in area cardiovascolare, soprattutto per quanto riguarda le difficoltà di applicazione degli aspetti previsti dalle dimensioni «attività e partecipazione» dell'ICF (International Classification of Functioning) dell'OMS. Concetto ulteriormente espresso nel corso dei lavori che hanno portato alla Delibera 9772 del settembre 2009, in cui si sottolinea ulteriormente come nel cardiovascolopatico: 1) la funzione e struttura corporea compromessa è praticamente unica, 2) la compromissione dell'attività fisica può spesso derivare da fattori contingenti (ad esempio il recente intervento cardiocirurgico) piuttosto che dal danno funzionale cardiaco, 3) il rischio di eventi quali morte, reospedalizzazioni, instabilizzazioni cliniche, etc..(nel breve termine o di evoluzione a lungo termine della malattia) può condizionare fortemente la qualità di vita e la sopravvivenza del paziente anche in assenza di un evidente deficit funzionale misurabile.

Per tali motivi, non ultimo l'eterogeneità delle valutazioni locali da parte degli organismi di controllo, si è ritenuto opportuno strutturare un modello regionale di PRI e pri per le attività di CR, in cui sono reperibili e vincolati a opportuna descrizione i seguenti elementi fondamentali di processo:

- A) Gruppo di accesso
- B) Momento riabilitativo
- C) Setting riabilitativo
- D) Obiettivi riabilitativi
- E) Durata stimata del progetto riabilitativo
- F) Percorso di appropriatezza
- G) Giudizio di conduzione del progetto
- H) Strategia di continuità assistenziale al termine della fase riabilitativa
- I) Indicatori di esito utilizzati
- L) Strumenti e interventi adottati
- M) Figure coinvolte
- N) Documentazione di riferimento in cartella clinica
- O) Nome e firma del Medico responsabile
- P) Note integrative

Il PRI e pri così strutturati sono da intendersi parte integrante della cartella clinica, di cui seguono dinamicamente l'iter diagnostico-terapeutico-riabilitativo. Come strumento teso ad assicurare un'ideale operatività e rintracciabilità degli interventi erogati, è naturalmente associabile a ulteriori documentazioni integrative implementate nelle singole Aziende. Per i dettagli e la nomenclazione dei singoli aspetti si fa riferimento alla Delibera n° 9772 del 30.09.09.

2. ESTENSORI DEL DOCUMENTO

Luca Merlino

Dir. Unità Organizzativa Governo dei Servizio Sanitari – Regione Lombardia

Tommaso Diaco – Coordinatore

Direttore S.C. di Cardiologia Riabilitativa – Az. “H. Maggiore di Crema” Presidio di Rivolta D’Adda
Consiglio Direttivo Nazionale GICR-IACPR

Oreste Febo

Responsabile S.C. Cardiologia Riabilitativa – Fond. S. Maugeri – IRCCS Montescano (PV)
Delegato Regionale Lombardia GICR-IACPR

Marco Ambrosetti

Responsabile U.O. Cardiologia e Angiologia Riabilitativa – Clinica Le Terrazze – Cunardo (VA)
Consiglio Direttivo Nazionale GICR-IACPR

Roberto Tamarin

Direttore Fondazione Europea Ricerca Biomedica – Cernusco sul Naviglio (MI)
Consiglio Direttivo Nazionale GICR-IACPR

Claudio Malinverni

Direttore S.C. Cardiologia Riabilitativa – Az. Ospedale “Bolognini” – Seriate (BG)
Delegazione Regione Lombardia GICR - IACPR

Flavio Acquistapace

GICR-IACPR

Giuseppe Gullace

Responsabile Centro Cuore dell’Istituto Clinico Universitario – Policlinico di Monza

1. Gruppo di accesso	barrare
Cardiopatìa ischemica stabile	
Altra cardiopatìa stabile	
Sindrome coronarica acuta	
Scompenso cardiaco	
Esiti di intervento di CCH e/o chirurgia vascolare	
Vasculopatìa periferica stabile	
Vasculopatìa periferica instabile	
Esiti di interventistica coronarica	
Esiti interventistica non coronarica	
Esiti di impianto o revisione di device	
Trapianto cardiaco	
Soggetti ad alto rischio cardiovascolare	
Altro gruppo codificato:	

2. Momento riabilitativo	barrare
Fase post-acuta	
Fase cronica instabilizzata	
Fase cronica stabile	

3. Setting riabilitativo	barrare
Degenza ordinaria	
Day-hospital	
Ambulatorio	
Domiciliare	

4a. Obiettivo riabilitativo: riduzione rischio clinico	barrare
Stabilizzazione clinica/sintomi	
Ottimizzazione terapia	
Valutazione prognostica	
Raggiungimento target terapeutici dei fattori di rischio CV	

4b. Obiettivo riabilitativo: gestione comorbidità complessa	
score CIRS (n° apparati con punteggio ≥3)	

4c. Obiettivo riabilitativo: gestione disabilità	barrare
disabilità grave valutata mediante 6min-WT o Indice di Barthel	

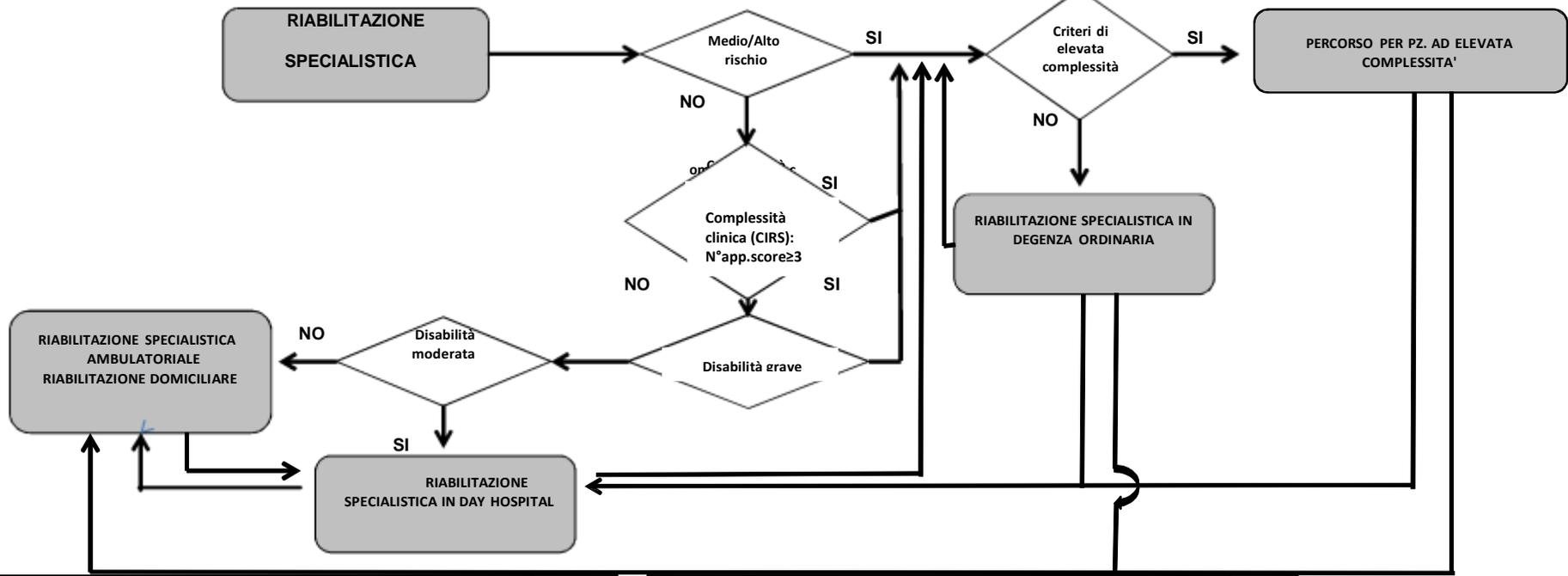
Altro obiettivo riabilitativo:

5. Durata stimata del programma riabilitativo	
giorni	

Medico Responsabile del PRI (inizio)

Data
Firma

Percorso di appropriatezza: evidenziare la traccia individuale sulla flow-chart



6. Conduzione del PRI	barrare
Regolare	
Irregolare per:	
Trasferimento in struttura acuti	
Autodimissione	
Decesso	
Complicanze	
Scarsa aderenza	
Altro:	

7. Strategia di continuità assistenziale	barrare
Ricovero in struttura per acuti	
Ricovero in riabilitazione generale geriatrica/mantenimento	
Prosecuzione riabilitazione in DH interno	
Prosecuzione riabilitazione in ambulatorio	
Prosecuzione riabilitazione domiciliare supervisionata	
Lettera di dimissione per supporto follow-up MMG	
Follow-up ambulatoriale interno	
Follow-up con telesorveglianza	
Follow-up programmato da struttura di provenienza	

8. Indicatori di esito utilizzati	barrare
Classe NYHA	
Walking test	
Barthel Index	
Classe CCS	
Soglie claudicatio intermittens	
EuroQoL	
Altro:	

EVENTUALI NOTE INTEGRATIVE AL PRI:

Medico Responsabile del PRI (fine)
Data
Firma

1. Strumenti/interventi per conduzione PRI	barrare
Monitoraggio telemetrico	
Monitoraggio multiparametrico	
Medicazioni standard decubiti/ferite chirurgiche	
Medicazioni avanzate	
Misure di prevenzione decubiti	
Misure di prevenzione cadute	
Gestione catetere vescicale	
Gestione cateteri venosi periferici	
Gestione catetere venoso centrale	
Ossigenoterapia	
Gestione presidi/device/ausili personali	
Adattamento ventiloterapia	
Training fisico cardiovascolare	
FKT per disabilità specifica	
Esami ematochimici	
ECG	
Ecocardiogramma	
ECG dinamico	
Monitoraggio PA 24h	
Marcatori cardiaci	
CT/RMN cardiaca e/o vascolare	
Walking test	
Test ergometrico	
Test cardiopolmonare	
Scintigrafia miocardica	
TWA	
Test fenilefrina/Heart Rate Variability/Potenziali tardivi	
Tilt test	
Ultrasonografia vascolare periferica	
Studio elettrofisiologico	
Cateterismo cardiaco destro	
Consulenze specialistiche	
Consulenza psicologica	
Consulenza nutrizionale	
Utilizzo di altre scale funzionali	
Utilizzo di scale per il dolore	
Valutazione psicometrica	
Valutazione cognitiva	
Counselling/Educazionale individuale	
Counselling/Educazionale di gruppo	
Consegna materiale educativo	
Contatto con servizi socioassistenziali territoriali	

2. Figure coinvolte	barrare
Cardiologo	
Angiologo	
Cardiochirurgo	
Chirurgo Vascolare	
Fisiatra	
Internista/Geriatra	
Neurologo	
Pneumologo	
Diabetologo	
Nefrologo	
Infermiere	
Fisioterapista	
Psicologo	
Dietista	
Assistente sociale	
Altre figure	

3. Documentazione	barrare
Diario medico giornaliero	
Scheda terapia	
Cartella infermieristica	
Cartella riabilitativa	
Referti esami diagnostici	
Tracciati di monitoraggio	
Moduli consulenze	
Altro	

Medico Responsabile del PRI
Data
Firma

ALLEGATO 4

REGOLE DI SISTEMA 2014

AMBITO SOCIO SANITARIO

INDICE

1.	PROGRAMMAZIONE E GOVERNO DELLA RETE DEI SERVIZI SOCIOSANITARI E SOCIALI.....	3
1.1.	PREMESSA.....	3
1.2.	SPUNTI DI SVILUPPO DEL SISTEMA SOCIO SANITARIO.....	4
1.3.	INTEGRAZIONE SOCIALE E SOCIO SANITARIA.....	5
1.4.	ACCREDITAMENTO	15
1.5.	ADEGUAMENTO ORGANIZZATIVO	17
1.6.	STRUTTURA E PIANO DEI CONTROLLI.....	18
2.	RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE DI OFFERTA SOCIOSANITARIA	24
2.1.	AZIONI INNOVATIVE	24
2.2.	SPORTELLO UNICO WELFARE	31
2.3.	LE CURE INTERMEDIE DALLA FASE DI ACUZIE AL RIENTRO AL DOMICILIO	33
2.4.	UNITA' D'OFFERTA CON PIANI PROGRAMMA IN CORSO	36
2.5.	ATTUAZIONE DGR n. 3540/2012 – APPLICAZIONE D. LGS. 231/2001	37
3.	NEGOZIAZIONE RISORSE E CONTRATTO.....	38
3.1.	IL MODELLO DI GOVERNO DELLE RISORSE IN AMBITO ASSI PER IL 2014.....	38
3.2.	REGOLE DI GESTIONE DEL BUDGET	42
3.3.	IL CONTRATTO E LA SCHEDA DI BUDGET.....	43
3.4.	REGOLE 2014 PER L'ACCESSO AL CONTRATTO.....	44
3.5.	ACCORDI TERRITORIALI	44
3.6.	LINEE GUIDA PER IL CONTRATTO DI INGRESSO.....	45
3.7.	SCHEMA TIPO DI CONTRATTO E SCHEDA BUDGET	48

1. PROGRAMMAZIONE E GOVERNO DELLA RETE DEI SERVIZI SOCIOSANITARI E SOCIALI

1.1. PREMESSA

Come più volte sottolineato ed evidenziato nei diversi provvedimenti di questa decima legislatura, sta emergendo sul territorio una diversa domanda di assistenza da parte delle persone e delle famiglie. Domanda che si presenta sia in termini di richiesta di servizi flessibili a livello territoriale, sia di aiuto e sostegno per il mantenimento presso il domicilio della persona con fragilità o in condizione di non autosufficienza, o ancora di un rinnovamento di prestazioni e servizi qualificati per fronteggiare i nuovi bisogni.

La profonda crisi economica che sta coinvolgendo numerose famiglie della nostra Regione sta peraltro modificando, o ha già modificato, sia gli stili di vita delle persone, in particolare di coloro che hanno bassi redditi, sia la struttura degli interventi e servizi che costituiscono la rete sociale e sociosanitaria regionale.

Le risorse finanziarie disponibili per far fronte alle richieste di intervento e sostegno delle diverse fragilità sono in costante diminuzione, e la maggior parte di esse è erogata dall'INPS, senza vincoli di destinazione direttamente alle persone, sotto forma di contributi assistenziali (indennità di accompagnamento, di comunicazione ecc.) e quindi governati dalle famiglie stesse.

Nella prima fase di avvio della Legislatura, la Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato, in attuazione del Programma Regionale di Sviluppo, approvato nella seduta consiliare del 9 luglio 2013, ha adottato diversi provvedimenti a favore dello sviluppo e della evoluzione del sistema di welfare lombardo.

Alcuni dei provvedimenti hanno un profondo impatto sulla rete di offerta, che va trasformandosi ed adattandosi ai nuovi bisogni emergenti. Si tratta di provvedimenti che nel 2014 avranno impatto sugli obiettivi strategici e sulle linee di azione in ambito socio sanitario. Di seguito, si riporta una sintesi di questi provvedimenti e degli impatti previsti per il 2014.

La DGR n. 63/2013 "Definizione degli obiettivi aziendali di interesse regionale dei Direttori Generali delle ASL, aziende ospedaliere e AREU per l'anno 2013, nonché delle modalità di valutazione del loro raggiungimento per l'anno 2013", individua, tra gli obiettivi dei Direttori Generali delle ASL, l'implementazione di azioni innovative in ambiti strategici rispetto alle linee strategiche di sviluppo della X Legislatura. Gli ambiti rispetto ai quali hanno presentato progettualità le ASL sono i seguenti: sportello unico del welfare, evoluzione dei consultori in centri per la famiglia, attuazione DGR n. 116/2013 (disabilità, anziani non autosufficienti, gioco d'azzardo patologico, vittime di violenza), counseling a favore di soggetti con disturbi pervasivi dello sviluppo, supporto ai genitori separati. Essendo progetti di durata annuale e approvati nel novembre 2013 dalla DG Famiglia, la fase implementativa e conseguentemente gli impatti si potranno osservare e misurare nel 2014.

La DGR n.116/2013 "Determinazioni in ordine all'istituzione del fondo regionale a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili: atto di indirizzo" ha individuato in 330 milioni di euro il fabbisogno di risorse economiche necessarie per rispondere in maniera adeguata alle esigenze della famiglia e dei suoi componenti fragili, andando a costruire un secondo pilastro di welfare, che affianca la rete di offerta accreditata. Le aree di intervento individuate sono quattro: persone con grave disabilità, anziani fragili e non autosufficienti, persone affette da gioco d'azzardo patologico e donne e minori vittime di violenza. La DGR n. 856/2013 "Interventi a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili ai sensi della DGR n. 116/2013: primo provvedimento attuativo" ha stanziato 50 milioni di euro, per la realizzazione di prime misure a favore dei soggetti

individuati attraverso la DGR n. 116/2013. Si tratta di misure in fase di avvio nel 2013 che proseguiranno nel 2014. Inoltre, con successivi provvedimenti, nel 2014 verranno attivate ulteriori misure, a completamento del quadro generale di interventi previsti dalla DGR n.116/2013.

La DGR n. 392/2013 “Attivazione di interventi a sostegno delle famiglie con la presenza di persone con disabilità, con particolare riguardo ai disturbi pervasivi dello sviluppo e dello spettro autistico” ha previsto che le ASL attribuiscano le funzioni specifiche di case management all’interno del loro modello organizzativo e nell’ambito delle loro strutture al fine di potenziare la capacità del sistema di mettere in atto un insieme coordinato di operazioni e processi volti ad aiutare le persone nell’accesso ai servizi e ad assicurare prestazioni adeguate, nonché tempestive.

La DGR n. 499/2013 “Determinazioni in ordine alle sperimentazioni realizzate ai sensi della DGR 4 aprile 2012, n. 3239 “Linee guida per l'attivazione di sperimentazioni nell'ambito delle politiche di welfare: indicazioni a conclusione del periodo sperimentale” ha avviato la fase di realizzazione delle azioni migliorative nei progetti sperimentali, funzionale alla eventuale sistematizzazione di nuove unità d’offerta (UdO). Questa fase si concluderà nel gennaio 2014 e, sulla base degli esiti della valutazione, potrà essere eventualmente rivista ed integrata la rete di offerta.

La DGR n. 740/2013 “Approvazione del programma operativo regionale in materia di gravi e gravissime disabilità di cui al fondo nazionale per le non autosufficienze anno 2013 e alla DGR 2 agosto 2013, n. 590. Determinazioni conseguenti” ha integrato il Fondo Nazionale Non Autosufficienza con 3,5 milioni di euro – attinti dal Fondo Sanitario Regionale – da destinare alle persone con gravissima disabilità, al fine di riconoscere nell’ambito delle prestazioni di assistenza rese dai famigliari e/o dagli assistenti personali, quelle di carattere sociale a rilevanza sanitaria, in armonia con gli elementi caratterizzanti il budget di cura. Le ASL, gli Uffici di Piano/Comuni devono predisporre, d’intesa tra loro e con la persona disabile e la sua famiglia, il Progetto Individuale di assistenza in cui vengono prefigurati gli interventi da garantire attraverso la rete dei servizi alla persona disabile ed alla sua famiglia. I progetti, avviati nel corrente anno, verranno implementati nel corso del 2014.

1.2. SPUNTI DI SVILUPPO DEL SISTEMA SOCIO SANITARIO

Nel corso dell’ultimo decennio molteplici sono stati i mutamenti registrati nella rete dei servizi sociosanitari. Le attività e la spesa sociosanitaria (ADI, semi-residenzialità, residenzialità) sono significativamente aumentate in questo arco temporale di 10 anni (fino al 52%). Nel 2013 il totale di risorse destinate all’ambito socio sanitario è stato pari a € 1.650.000.000, destinate al finanziamento di attività per oltre 80.000 posti accreditati, per assistere più di 600.000 persone.

Gli utenti di servizi sociosanitari stanno diventando sempre più fragili e complessi, come è emerso nell’allegato “Integrazione sanitaria e sociosanitaria”, rispetto all’elevata percentuale di persone affette da demenze presenti nelle RSA.

Il 30% dei pazienti lombardi è costituito da persone con patologie croniche (es. diabete, ipertensione, etc): si tratta di 3 milioni di persone. Circa il 37% dei malati cronici è impropriamente ricoverato in aree per acuti. La cronicità rappresenta un costo pari a quasi il 70% del Fondo Socio Sanitario appostato nel bilancio regionale.

Del totale dei malati cronici di cui sopra, quasi il 10% è utente di servizi sociosanitari e sociali e il trend è in crescita, soprattutto alla luce del progressivo invecchiamento della popolazione.

Alle persone con patologia cronica, come indicato nell’allegato “Integrazione sanitaria e sociosanitaria”, vanno aggiunte le persone in condizione di cronicità sociosanitaria (anziani non autosufficienti, disabili, dipendenze, etc).

Nell’attuale configurazione del modello socio sanitario lombardo, il livello territoriale garantisce la continuità assistenziale, integrando ospedale e territorio. Tale modello, con riferimento alle cronicità e alle fragilità, comprende l’intera rete dei servizi sociosanitari (RSA, RSD, CSS, CDI, CDD,

ADI, SerT, SMI, Com TOX,C.F.) ed alcuni servizi sanitari (es. MMG, PLS,ADP, Strutture di riabilitazione extraospedaliera, Sub acuto e post acuto), ed ha come obiettivo primario quello rispondere alle specifiche esigenze che, durante il ciclo di vita delle persone e delle loro famiglie, si manifestano. I modelli di erogazione delle prestazioni indirizzate alle fragilità e alle cronicità devono, in questo scenario, essere maggiormente finalizzati alla presa in carico, ai percorsi di cura, al tessuto sociale all'interno del quale la persona fragile e la sua famiglia vivono e stabiliscono relazioni fondamentali.

L'aumento delle fragilità e della cronicità e, conseguentemente, dell'intensità e della tipologia dei "bisogni" che le persone e le famiglie manifestano produce un conseguente aumento della domanda sia in termini quantitativi che qualitativi. Tale aumento se non accompagnato da una revisione del sistema di offerta, pone problemi di sostenibilità economica del sistema ospedale – territorio, derivante anche da una inappropriata nell'accesso ai servizi come le sperimentazioni, tutt'ora in corso, di modelli di valutazione del bisogno evidenziano.

1.3. INTEGRAZIONE SOCIALE E SOCIO SANITARIA

I provvedimenti regionali richiamati in sede di contesto dimostrano che solo partendo da una visione d'insieme dei bisogni della persona e della famiglia e del territorio come contesto di vita si potrà rispondere efficacemente alle necessità di ciascuno, con una presa in carico complessiva ed integrata, evitando duplicazioni superflue e garantendo una continuità tra i diversi livelli assistenziali.

L'avvio di un processo di integrazione è stato più volte sollecitato nei diversi provvedimenti assunti dalla Giunta regionale: in tutte le ASL sono state costituite, anche se informalmente, "Cabine di Regia" che vedono la partecipazione dei Comuni. Nell'ambito delle diverse sperimentazioni sociali o sociosanitarie attraverso la centralità dei progetti individuali si è raccomandato un coinvolgimento dei Comuni e dei loro operatori sociali con l'obiettivo di implementare, sul piano organizzativo, quegli "sportelli" di segretariato sociale, socio sanitario o di orientamento e presa in carico delle persone da parte della rete dei servizi già oggi presenti sul territorio.

Numerose sono state, tuttavia, le difficoltà segnalate sia da ASL sia da Comuni sia dalle Parti Sociali (organizzazioni sindacali, associazioni, rappresentanze degli utenti) in ordine:

- al funzionamento delle diverse iniziative che dovevano essere finalizzate al processo di integrazione,
- alla possibilità di mettere a disposizione personale adeguatamente formato,
- alla titolarità della funzione di valutazione del bisogno,
- alla messa in comune, in termini di budget, delle risorse disponibili delle diverse istituzioni.

Nel corso del 2014 occorre adottare, sulla base di programmi e di azioni integrati, strumenti e sistemi organizzativi, o attività, che possano operativamente e concretamente - in una prospettiva di medio termine - coinvolgere ASL e Comuni, non senza tralasciare i servizi sanitari territoriali e ospedalieri.

Si rende pertanto indispensabile mettere in campo azioni, che coinvolgano i diversi comparti sanitari, sociosanitari e sociali, finalizzate alla ricomposizione di interventi oggi ancora in massima parte frammentati:

- a livello istituzionale di governo dei servizi con l'obiettivo di ricomporre strategie locali di programmazione e di intervento;
- a livello di risorse umane dando vita ad equipe pluriprofessionali con lo scopo di ricondurre ad una visione unitaria i bisogni della persona e della famiglia con una visione multidimensionale;

- a livello di gestori della rete dei servizi e degli interventi sanitari, sociosanitari e sociali per spostare l'attenzione sulla persona e sulla famiglia;
- a livello finanziario per sostenere una razionalizzare della spesa complessiva orientandola a favore delle singole persone fragili, delle loro famiglie e dei loro contesti di vita secondo il principio dell'appropriatezza.

Di seguito si evidenziano le azioni che saranno oggetto di specifici atti deliberativi di Giunta Regionale o di impegni che saranno oggetto di obiettivi per le ASL:

- individuazione ed applicazione di strumenti di valutazione multidimensionale del bisogno,
- individuazione di sistemi innovativi di erogazione di servizi, interventi e prestazioni,
- definizione di costi standard per le RSD,
- realizzazione di un sistema informativo per garantire l'integrazione degli interventi evitando la duplicazione degli stessi e la ottimizzazione dell'uso.

GLI STRUMENTI PER L'INTEGRAZIONE

A) LA CABINA DI REGIA

La DGR n. 326/2013 ha identificato nella Cabina di Regia il luogo dove garantire la programmazione, il governo, il monitoraggio e la verifica degli interventi socio sanitari e sociali erogati da ASL e Comuni, singoli o associati nell'ambito delle aree comuni di intervento.

L'integrazione della rete sociale e sociosanitaria è, infatti, condizione imprescindibile per realizzare concretamente una "presa in carico" integrata della persona fragile e della sua famiglia e per fornire l'unitarietà tra le diverse tipologie di prestazioni, la continuità tra le diverse azioni di cura al fine di assicurare una reale definizione di percorsi integrati.

Sviluppare una vocazione e una visione spiccatamente territoriale, orientata verso una nuova organizzazione delle funzioni e delle relazioni territoriali, l'implementazione dell'integrazione istituzionale, professionale e di risorse, garantiscono quell'approccio coordinato e sinergico che rende sempre più trasparente e facilita il percorso di accesso alla rete dei servizi da parte delle persone, delle famiglie e della comunità nel suo complesso.

Al fine di assicurare un costante monitoraggio di quanto sopra alla Direzione Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato dovrà essere trasmesso, a cura delle Direzioni Sociali, un report semestrale sull'attività della Cabina di Regia; il primo report è previsto per il 30 giugno 2014. Sulla base degli esiti che emergeranno dall'analisi dei report, potranno eventualmente essere date indicazioni dalla Regione rispetto alla composizione delle Cabine di Regia ed alla definizione del loro funzionamento, anche nella prospettiva di garantire la maggiore omogeneizzazione sul territorio regionale

B) LA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE DEL BISOGNO

La valutazione multidimensionale del bisogno è la modalità che consente di rilevare e valutare i bisogni complessivi della persona e della famiglia, oltre che essere uno strumento per il governo regionale e territoriale delle risorse finanziarie annuali destinate al sistema socio sanitario. Si identifica pertanto come elemento fondamentale per una lettura integrata dei bisogni nelle diverse dimensioni della persona (individuale, relazionale e sociale). Tale elemento non solo assicura una presa in carico globale della persona e della sua famiglia, ma costruisce concretamente l'integrazione a livello professionale, oltre che istituzionale.

La valutazione multidimensionale del bisogno si inserisce in un più complesso processo che ha come obiettivo, da un lato, quello di facilitare l'accesso del cittadino e della sua famiglia alle diverse unità d'offerta sociali e/o sociosanitarie e, dall'altro, attraverso l'informazione,

l'orientamento e l'accompagnamento della persona fragile, di garantire risposte appropriate ai bisogni rilevati.

Nel corso degli anni 2012 e 2013 la Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato ha avviato, in tal senso, due studi - e relative sperimentazioni territoriali - realizzati con la partecipazione attiva delle ASL, per la costruzione di un modello organizzativo di valutazione e per l'identificazione dello strumento idoneo (scala di valutazione multidimensionale) da applicarsi in modo omogeneo sul territorio regionale. La sperimentazione ha riguardato due aree di intervento socio sanitario: la valutazione delle persone non autosufficienti o con disabilità che accedono all'Assistenza Domiciliare Integrata o alle RSA e la valutazione delle persone con problemi di dipendenza da sostanze.

B.1) Persone in condizioni di fragilità da non autosufficienza

Per le persone in condizione di fragilità derivanti da situazioni di non autosufficienza nell'ambito dell'Assistenza Domiciliare Integrata sono stati sperimentati:

- *Il modello di valutazione, articolato in:*
 - Valutazione di primo livello finalizzata ad identificare e separare i bisogni complessi di natura sociosanitaria (da indirizzare alla valutazione di secondo livello), dai bisogni semplici che possono essere soddisfatti con interventi di natura sociale o sociosanitaria monoprofessionale;
 - Valutazione di secondo livello finalizzata ad identificare i bisogni della persona, con problemi complessi, sia sociosanitari (valutazione funzionale), sia sociali sia relazionali (valutazione sociale);

- *Gli strumenti di valutazione della persona:*
 - per la valutazione di primo livello: la scheda Triage, predisposta dalla Regione, in collaborazione con esperti delle diverse professionalità,
 - per la valutazione di secondo livello: la scala Functional Independence Measure – FIM- integrata da scala sociale e successivamente, ma in parallelo con l'uso della FIM integrata, il sistema VAOR- modulo per la domiciliarità delle cure;

Il modello di valutazione articolato in valutazione di primo livello - Triage - e valutazione di secondo livello, si è rivelato capace di cogliere globalmente i bisogni della persona fragile nel suo contesto di vita, relazionale e sociale.

Sul piano organizzativo, con le opportune modifiche che sono esitate dalla sperimentazione, il modello stesso è efficace, ma necessita di un ulteriore approfondimento per quanto riguarda gli impatti organizzativi a livello territoriale.

In ambito delle RSA, collaborando con la Società Italiana Gerontologia e Geriatria:

- è stato sperimentato il sistema VAOR - modulo valutazione non autosufficienti in residenza (LTCF) - su un campione di RSA del territorio regionale, rappresentativo della rete di residenzialità socio sanitaria per anziani e delle caratteristiche territoriali della Lombardia;
- la sperimentazione ha coinvolto oltre 3.700 ospiti, confermando la sua validità anche in questo ambito.

Obiettivo della sperimentazione è stato anche quello di verificare se l'adozione della VAOR LTCF consente di dare vita alla costruzione di un sistema di classificazione degli ospiti per "intensità di cura" che permetta la determinazione di standard gestionali coerenti con l'intensità di cura e, conseguentemente, la definizione di tariffe ad essi correlate.

L'esito della sperimentazione degli strumenti per la valutazione multidimensionale in ambito domiciliare (FIM integrata e sistema VAOR) e di residenzialità consente di definire che lo

strumento di valutazione più idoneo è il sistema VAOR, poiché, oltre ad essere validato scientificamente a livello nazionale, ha anche le seguenti caratteristiche:

- fa emergere in modo chiaro e completo, evidenziando anche le aree a rischio, i bisogni della persona consentendo la formulazione dei piani di assistenza individuali;
- permette, in sede di prima valutazione al domicilio, di avere un orientamento sull'eventualità di un ricovero presso strutture di lungoassistenza per non autosufficienza;
- facilita i controlli di appropriatezza da parte delle ASL
- consente una valutazione al domicilio ad opera anche di un solo professionista, con conseguente ottimizzazione ed efficienza del processo valutativo;

Il sistema VAOR sarà inserito in un sistema informatico articolato in diversi moduli per le diverse unità d'offerta, in raccordo con l'anagrafica unica per ogni persona valutata.

Alla luce degli esiti di quanto esposto, e delle valutazioni di impatto organizzativo ed economico sul sistema socio sanitario, il sistema VAOR viene assunto a partire dal 2014, quale strumento regionale per la valutazione multidimensionale del bisogno, con la necessaria gradualità per le diverse unità d'offerta per persone non autosufficienti. Il processo di adeguamento al sistema VAOR riguarderà inizialmente le persone che accedono al servizio di Assistenza Domiciliare Integrata.

Le ASL dovranno pertanto prevedere, nel piano di formazione aziendale obbligatoria dei propri operatori, la formazione all'utilizzo della scala VAOR. La formazione avrà inizio, secondo il calendario che sarà successivamente inviato, nei primi mesi del 2014. Entro il 30 di gennaio le Direzioni generali delle ASL dovranno inviare alla Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato i nominativi degli operatori che saranno impegnati nel processo territoriale di valutazione multidimensionale per la presa in carico delle persone per ADI e per le misure previste dalla DGR n. 856/2013.

Le modalità organizzative di applicazione del modello e degli strumenti valutativi, scheda di Triage e VAOR, la tempistica per la loro implementazione nelle ASL e le ulteriori disposizioni per la realizzazione del sistema valutativo (modello e strumenti) a livello locale saranno realizzate nel corso del 2014 e saranno oggetto di specifico provvedimento attuativo della Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato.

Le ASL continueranno ad utilizzare gli attuali sistemi di valutazione fino all'implementazione del sistema informatico.

Le ASL di Lecco, Lodi e di Milano 2, che nel corso del 2013 hanno sperimentalmente adottato il sistema VAOR-Home Care, potranno proseguire nell'uso di tale strumento nel 2014 e sino ad eventuali diverse disposizioni regionali.

B.2) Persone con disabilità minori e adulte

Nel corso del 2014 si procederà allo studio di un modello multidimensionale di valutazione per minori con disabilità in accordo con la Direzione Generale Salute e nell'ambito del riordino della NPIA e della riabilitazione in età evolutiva. Per quanto riguarda le persone disabili adulte, saranno sperimentati modelli e scale di valutazione che, partendo dalla classificazione ICF, siano utili ad una reale presa in carico globale, all'interno del complesso della rete delle Unità d'Offerta socio sanitarie e sociali, residenziali, diurne e domiciliari della persona con disabilità.

B.3) Persone con problemi di dipendenza da sostanze

La definizione di percorsi di cura e riabilitazione personalizzati, appropriati e coerenti con i bisogni della persona, richiede l'adozione di strumenti di valutazione del bisogno che consentano di definire il livello di gravità della dipendenza da sostanze mediante una valutazione

multidimensionale integrata delle diverse dimensioni del bisogno: sanitaria, socio sanitaria e sociale.

Dal 2011 Regione Lombardia ha avviato una sperimentazione di questo nuovo modello valutativo del bisogno di persone con problemi di dipendenza da sostanze, applicato da équipes pluriprofessionali dei Servizi Tossicodipendenze (SERT) e dei Servizi Multidisciplinari Integrati (SMI).

La sperimentazione ha visto coinvolti i Dipartimenti per le dipendenze di tutte le ASL e gli SMI. Sono state valutate circa 700 persone.

Il nuovo modello di valutazione multidimensionale sperimentato prevede di avvalersi degli strumenti medico-clinici, psicodiagnostici, di valutazione sociale e autovalutazione dello stato di salute generale di seguito individuati:

- Visita medica;
- Indagini tossicologiche su campioni biologici;
- Esami ematochimici;
- ICD 9/10 Classificazione Internazionale delle Malattie;
- DSM (Diagnostic and statistic manual) IV;
- SCL 90-R (Symptom Checklist-90): Self Report Symptom Inventory – Revised;
- ASI - Addiction Severity Index.

Il processo valutativo prevede una valutazione di diverso livello di approfondimento, a seconda che la persona sia già in carico al sistema dei servizi per le dipendenze oppure acceda per la prima volta.

La valutazione del bisogno, effettuata utilizzando i diversi strumenti valutativi sopra descritti, si concretizza con l'assegnazione del livello di gravità, sintesi degli elementi di valutazione sanitaria, psicologica e sociale.

Si rinvia a successivi provvedimenti regionali attuativi del presente atto l'adozione su tutto il territorio regionale del nuovo modello di valutazione del bisogno per le dipendenze da sostanze, con particolare riferimento agli strumenti, ai tempi e alle modalità organizzative.

B.4) Gioco d'azzardo patologico

La "Presenza in carico ambulatoriale delle persone affette da gioco d'azzardo patologico" prevista dalla legge regionale n. 8/2013 andrà effettuata dai servizi ambulatoriali pubblici e privati accreditati (SerT e SMI) sperimentalmente, mediante l'utilizzo di uno tra gli strumenti di seguito indicati:

- DSM V (Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders): dal momento della sua pubblicazione in edizione italiana;
- Questionario SOGS (South Oaks Gambling Screen);
- PGSI (Problem Gambling Severity Index).

Con successivo provvedimento attuativo sarà definito, tra quelli in sperimentazione, lo strumento regionale di valutazione multidimensionale del bisogno, da adottarsi in modo omogeneo su tutto il territorio regionale.

B.5) Informatizzazione del sistema di valutazione multidimensionale

Nel 2014 si darà avvio allo sviluppo dell'infrastruttura informatica del processo di valutazione del bisogno. Tutte le deliberazioni della X legislatura attribuiscono alle ASL un forte ruolo di governance nell'accesso ai servizi socio sanitari. Pertanto l'infrastruttura informatica è un elemento fondamentale anche in funzione del processo di omogeneizzazione a livello territoriale, dell'appropriato orientamento del bisogno nell'ambito del sistema dei servizi e dell'integrazione degli attori che, a livello locale, intervengono nel processo di presa in carico della persona.

Il contesto informatico quindi concorrerà, una volta a regime, a facilitare la sinergia tra gli attori impegnati sul territorio nella valutazione e nella risposta al bisogno.

A partire dagli esiti delle scale sperimentate nel corso del 2012 e 2013 e dell'applicativo per la loro gestione, si darà avvio allo sviluppo di una piattaforma informatica, integrata nel SISS, per la gestione di scale di valutazione multidimensionale appropriate ai diversi ambiti di bisogno. La piattaforma sarà aperta alla cooperazione applicativa con i sistemi informativi di terze parti (in primis con i sistemi informativi delle ASL), esponendo servizi di autenticazione e di abilitazione degli operatori, dei servizi applicativi che compongono il processo di valutazione multidimensionale (web services). Nelle more dell'implementazione della piattaforma sarà garantita l'utilizzabilità delle scale individuate per la valutazione, attraverso gli stessi applicativi utilizzati in fase di sperimentazione.

C) COSTI STANDARD

La Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato, nel quadro delle azioni e dei risultati attesi del PRS della X Legislatura ed in continuità con la precedente, ha completato nel 2013 l'analisi sul costo standard nelle RSA.

Metodologia per lo studio

Lo studio è stato condotto su un campione di RSA, enucleato tra le sole strutture che nell'anno 2011 erano caratterizzate da un margine operativo netto positivo, individuando criteri di selezione che garantissero la rappresentatività del campione rispetto alla totalità delle RSA lombarde, in particolare:

- rispetto alla retta (onerosità della retta) richiesta all'utente;
- rispetto al territorio di ubicazione;
- rispetto alla capacità ricettiva della struttura;
- rispetto alla forma giuridica dell'ente gestore;

Per quanto riguarda alcuni aspetti caratterizzanti la tipologia delle prestazioni e dei servizi assicurati agli ospiti si è invece proceduto attraverso una analisi che ha coinvolto il complesso delle RSA. Relativamente alla tipologia delle prestazioni e dei servizi assicurati agli ospiti dalle RSA è risultato essere un elevato grado di disomogeneità tra le diverse RSA. Tale elemento ha reso necessario, per procedere alla definizione del costo standard, l'individuazione di un "pacchetto base" di servizi e di dotazioni infrastrutturali, basandosi:

- sull'analisi della DGR n. 7435 del 14/12/2001 e della DGR n. 12618 del 7/04/2003;
- sull'analisi delle successive deliberazioni/circolari integrative ed esplicative relative ai requisiti di accreditamento;
- sul censimento dei servizi generalmente offerti all'utente dalle RSA lombarde.

Il "pacchetto base RSA" definito è dato dalla somma di due componenti:

- I "servizi minimi RSA": comprendente quelle prestazioni che le RSA devono garantire all'utente affinché il servizio possa ritenersi appropriato;
- Le "dotazioni infrastrutturali minime e servizi generali": sono le caratteristiche di base che l'immobile deve possedere dal punto di vista infrastrutturale (numerosità, dimensione e tipologia di ambienti) e amministrativo (debiti informativi, produzione di documentazione).

Le strutture del campione hanno partecipato attivamente fornendo i dati di contabilità analitica necessari per la valorizzazione dei costi sopra necessari alla produzione del pacchetto base.

È stato successivamente calcolato il costo standard per l'anno 2011, poi ottimizzato al 2013 attraverso l'aggiornamento del costo del personale dipendente (analisi delle variazioni contrattuali intercorse tra il 2011 e il 2013 dei valori tabellari minimi dei CCNL) e degli altri costi di produzione

del servizio (applicazione della variazione degli indici dei prezzi al consumo ISTAT tra il 2011 e il 2013 (+4,2%).

Prime Conclusioni dello studio

L'analisi condotta sulle RSA ha portato ad evidenziare alcuni aspetti rilevanti sia nella prospettiva di valutare l'efficienza gestionale delle strutture, sia di rivedere il sistema di remunerazione per i servizi residenziali.

Con l'adozione del "costo standard RSA" la Regione, definito sui servizi base che devono essere assicurati da tutte le RSA, disporrà dello strumento su cui basare la definizione dell'entità economica relativa alla compartecipazione del servizio sanitario.

In un quadro più generale di revisione del sistema della residenzialità, i costi standard sono un importante elemento per consentire non solo la definizione del nuovo sistema di remunerazione, garantendo la relazione tra spesa sociosanitaria e spesa sociale così come definito nei LEA, ma anche:

- il monitoraggio e la verifica dell'appropriatezza dei costi delle strutture e la conseguente retta praticata ai cittadini;
- il passaggio ad un sistema di accreditamento fondato su differenti livelli di intensità assistenziale.

Lo studio è concluso per quanto riguarda le RSA, terminerà invece nel primo semestre 2014 la parte riguardante le RSD.

D) SEMPLIFICAZIONE

Richiamata la legge regionale 1/2/2012, n. 1, "Riordino normativo in materia di procedimento amministrativo, diritto di accesso ai documenti amministrativi, semplificazione amministrativa, potere sostitutivo e podestà sanzionatoria", nonché il Piano Socio Sanitario 2010 – 2014, approvato con DCR 17/11/2011, n. 11, relativamente agli obiettivi di semplificazione amministrativa, armonizzazione, qualità ed efficacia, si procederà:

1. entro il 30/09/2014, alla revisione complessiva, alla luce della prima applicazione della DGR n. 3540/2012, delle procedure di accreditamento delle unità d'offerta socio sanitarie;
2. entro il 30/4/2014, valutati gli esiti dell'applicazione degli indicatori sperimentali di appropriatezza introdotti con la DGR n. 4980/2012, alla revisione del sistema di vigilanza e controllo sulle unità d'offerta socio sanitarie, con l'obiettivo di favorire l'omogeneità di comportamento delle ASL nell'esercizio delle suddette funzioni, con particolare attenzione all'appropriatezza dei servizi erogati.

E) SISTEMA INFORMATIVO

Per il 2014 le regole del sistema informativo interessano i seguenti ambiti:

Il Sistema di Controllo Direzionale

La Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato, in collaborazione con Lombardia Informatica, sta attuando una serie di azioni di ampliamento della piattaforma di Data Ware House (DWH) al fine di adeguare la base informativa per la programmazione, il monitoraggio ed il controllo del sistema di welfare regionale, nonché per il supporto in via generale alle attività di competenza della Direzione medesima.

Controllo sulle rendicontazioni economiche

Il sistema informatizzato è altresì finalizzato a supportare la Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato nel progetto di rafforzare l'attività di controllo del corretto uso delle risorse nel nostro sistema, anche al fine di evitare sovrapposizioni.

A tale proposito saranno riorganizzati ed implementati, anche attraverso la costituzione di appositi gruppi di lavoro, i controlli della Regione sulle rendicontazioni economiche.

Sarà altresì garantito il coordinamento dell'attività delle ASL in relazione ai controlli amministrativi sui flussi economici relativi al sistema socio sanitario.

I flussi di rilevazione della produzione nel sistema di offerta socio sanitario: anche nel 2014 verrà utilizzato il sistema di acquisizione, controllo, restituzione errori e di elaborazione di analisi implementato nel 2013 e fondato sul Flusso Economico (FE) acquisito via SMAF (sistema Modulare di Acquisizione Flussi) ed elaborato nell'ambito del DWH di Direzione. Nel corso del 2013 è stato infatti raggiunto l'obiettivo della pubblicazione sul DWH di Direzione della matrice di valorizzazione della produzione e del consumo trimestrale per Asl legati alle singole tipologie di unità di offerta socio sanitarie a contratto. La pubblicazione del dato consente alle singole Asl di monitorare anche l'andamento dei costi legati alla mobilità passiva, verificandone la correttezza di imputazione.

I flussi di rilevazione del sistema di offerta socio sanitario e sociale: sistema di acquisizione, di controllo, di restituzione e di elaborazione di analisi. Il processo di ricodifica delle unità di offerta socio sanitarie nel quadro delle nuove regole ministeriali legate al MRA (Monitoraggio Rete Assistenziale).

Gli strumenti della rilevazione dei dati sul sistema di offerta socio sanitario a livello territoriale sono costituiti dall'applicativo AFAM (Anagrafica Famiglia) e dal flusso trimestrale della rete introdotto nel 2013 acquisito attraverso lo SMAF (Sistema Modulare di Acquisizione Flussi). In allineamento a quanto previsto dalla circolare n. 2 del 20/12/2013 attuativa delle Regole 2013 sul sistema informativo, nel corso del 2013 è stata completata l'implementazione e la gestione in AFAM dei dati sulle unità di offerta relative a RSD, CDD, Hospice e ADI, in aggiunta alle RSA e ai CDI già inseriti nel 2012. Nel corso del 2014 proseguirà l'implementazione in AFAM delle altre tipologie di unità di offerta socio sanitarie attraverso la creazione delle interfacce finalizzate alla gestione dei Consultori, delle comunità TOX, dei SERT, degli SMI e della Riabilitazione. L'obiettivo finale del processo è l'alimentazione diretta dei dati di AFAM all'interno del DWH della DG Famiglia al fine della valorizzazione di reportistica, accessibile alle ASL, di analisi dei volumi, delle caratteristiche e della dinamica della rete di offerta. In attesa del raggiungimento dell'obiettivo, verranno implementati nel DWH i dati acquisiti dalle Asl attraverso il debito trimestrale per la rilevazione della rete delle UDO ASSI e le Aziende verranno abilitate all'accesso ai dati, in allineamento a quanto già avviene rispetto al processo di rilevazione dei dati sulla produzione socio sanitaria nella rete (flusso FE e alimentazione in DWH). Lo sviluppo di AFAM per la gestione dei dati riferiti a tutte le tipologie di unità di offerta è anche funzionale alla predisposizione delle condizioni tecniche di base per assolvere, nel quadro delle tempistiche definite dal MDS, al nuovo sistema ministeriale di codifica della rete assistenziale (MRA: Monitoraggio Rete Assistenziale).

Anche per il 2014, al fine di mantenere gli attuali livelli di adesione al SISS da parte degli EGP di RSA e di svilupparli in relazione ad eventuali nuove contrattualizzazioni, le Asl sono autorizzate ad utilizzare lo schema di contratto già approvato specificando che la scadenza è riaggiornata al 31/12/2014. E' altresì ammessa l'adesione volontaria da parte degli enti gestori delle altre tipologie di unità di offerta. A tal fine le Asl provvedono a stipulare specifico contratto utilizzando, con le opportune modifiche, lo schema già in uso per le RSA.

Con successiva circolare verrà pubblicato il tracciato FE con l'aggiornamento derivante dalle nuove determinazioni di cui alla DGR 740/2014 sul Fondo per la Non Autosufficienza e verrà definito il calendario di invio dei flussi valido per il 2014.

Nel corso del 2014 si darà avvio alla sperimentazione di un nuovo sistema di acquisizione dei dati sulle unità di offerta sociali fondate, in allineamento al processo di acquisizione in ambito socio sanitario, sull'attribuzione di codici univoci alle strutture e sull'invio del dato attraverso il sistema SMAF. A questo fine verrà costituito un tavolo di lavoro composto da referenti di ASL, Ambiti territoriali e Comuni per la condivisione degli strumenti di rilevazione e l'individuazione dei territori ove attuare la sperimentazione. Il processo di informatizzazione è diretto a costituire le condizioni tecniche per l'elaborazione strutturata di analisi del sistema di offerta presente sul territorio lombardo trasversalmente sull'area sociale e socio sanitaria. Il tavolo verrà altresì coinvolto sui processi legati al sistema informativo Ministeriale in area sociale: in particolare sul SINA e sul SINSE di seguito esplicitati.

Il processo di informatizzazione in area sociale è diretto nel 2014 in ogni caso anche a concorrere all'attuazione DGR n. 856/2013 costituente il primo provvedimento attuativo della DGR n. 116/2013 che, nell'allegato C), prevede, tra le unità di offerta per l'erogazione delle prestazioni previste anche case albergo, alloggi protetti per anziani, comunità educative, comunità famigliari e alloggi per l'autonomia. In questo ambito, con successivo atto, verranno definite le regole di attribuzione del codice struttura e il tracciato di rilevazione dei dati sulla struttura.

Con decorrenza dal 01/01/2014, il flusso Hospice verrà adeguato in funzione dell'allineamento al nuovo tracciato ministeriale istituito con Decreto n. 142 del 20/06/2012 e aggiornato con le specifiche funzionali definite nel corso del 2013.

Nell'ambito del sistema informativo finalizzato all'attuazione della DGR n. 856/2013 sarà prevista nel 2014 l'acquisizione via SMAF dei tracciati funzionali alla rendicontazione delle misure e delle azioni previste.

Nel 2014 verranno altresì implementati gli strumenti informativi e i flussi di dati necessari al monitoraggio e allo sviluppo dei sistemi di conoscenza a supporto della programmazione sociale locale in continuità con l'attività di supporto e accompagnamento agli ambiti territoriali (Piani di Zona), in un'ottica di integrazione tra i flussi informativi sociali e quelli socio-sanitaria. Le ASL sono quindi chiamate a supportare il processo di attuazione del sistema informativo legato alla programmazione dei Piani di zona.

Verranno infine assicurati i processi di gestione e di implementazione informatica delle misure legate agli interventi a sostegno della maternità, della natalità, del sostegno ai genitori separati, alla conciliazione e al bando welfare.

Gestione dei flussi oggetto di debito informativo ministeriale (MDS)

Anche nel 2014 la Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato dovrà garantire all'NSIS del Ministero della Salute l'assolvimento del debito informativo collegato all'assistenza residenziale e semiresidenziale agli anziani (FAR), alimentato attraverso i flussi SOSIA e CDI, all'assistenza domiciliare integrata (SIAD), alle dipendenze (SIND). Nel 2014 dovrà essere poi garantito ad NSIS l'invio del tracciato Hospice di cui al Decreto n.142 20/06/2012 secondo le nuove specifiche funzionali definite nel 2013.

Si chiede alle ASL di garantire nel 2014 una forte attenzione nella gestione dei processi di correzione degli errori rilevati dallo SMAF con riferimento ai diversi flussi inviati. Solo l'analisi e la correzione degli errori da parte delle ASL può infatti consentire alla Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato di procedere all'elaborazione di indicatori utili alla lettura integrata dei dati a livello di sistema in attuazione a quanto previsto dalla Legge 3/2012 e,

contestualmente, di implementare il volume e la qualità dei dati validi ai fini dell'invio dei flussi oggetto di debito informativo ministeriale.

Gestione delle sperimentazioni legate al sistema informativo ministeriale in ambito sociale

Anche in area sociale è definito un ambito, ancora sperimentale, di rilevazione di dati diretti al Ministero delle Politiche Sociali e del Lavoro. Si tratta, in particolare, dei seguenti flussi:

- Sistema Informativo per la Non Autosufficienza (SINA)
- Sistema informativo Nazionale Servizi Educativi (SINSE)

Regione Lombardia aderisce al progetto SINA. Nel corso dell'anno 2014, con specifico provvedimento della Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato, in attesa dell'adozione del Decreto ministeriale che disciplinerà definitivamente il flusso sulla non autosufficienza nell'ambito del Casellario Assistenziale, verrà richiesta la partecipazione al progetto agli enti locali che, sulla base della ricognizione già effettuata nel corso del 2012, hanno dimostrato di aver raggiunto un livello di informatizzazione idoneo a rispondere al sistema informativo ministeriale sulla non autosufficienza. Con successivo atto della Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale e Volontariato verrà pertanto assicurata l'erogazione del contributo ai fini dell'attuazione della sperimentazione in oggetto.

Nell'ambito del progetto SINSE, la Direzione porrà in essere tutte le azioni necessarie per l'adesione formale al progetto per la successiva attuazione della sperimentazione. A tal fine la Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale e Volontariato eserciterà il ruolo di facilitatore per i comuni che intenderanno partecipare alla sperimentazione.

Cooperazione applicativa dei sistemi informativi ASL/INPS afferenti le attività di accertamento dell'invalidità civile

Dando continuità al processo che persegue una sempre maggior efficacia, efficienza, integrazione e sostenibilità nelle attività di accertamento degli stati di invalidità civile, handicap, sordità e cecità civile nonché della disabilità, emerge l'esigenza di fornire un costruttivo apporto, scaturito in esito al nuovo sistema di accertamento previsto dall'art. 20 della legge 102/2009, attraverso la corretta gestione, secondo regole uniformi, degli aspetti tecnico-procedurali afferenti ai flussi informativi con INPS, necessari per il procedimento dell'erogazione dei trattamenti ad essa collegati.

In questo quadro, le ASL dovranno dotarsi, entro il primo semestre del 2014, di un software di collegamento in modalità di cooperazione applicativa con la procedura INPS, ai fini di implementare il volume e la qualità dei dati oggetto di debito informativo, in quanto tale procedura potrà meglio rispondere sia ad esigenze di semplificazione e di snellimento dei tempi di attesa per l'utente, sia per la valutazione dei dati quali-quantitativi delle prestazioni svolte nonché per analisi a posteriori o a fini statistici.

F) OSSERVATORI TERRITORIALI SULLE DIPENDENZE

In un contesto in cui i fenomeni di dipendenza sono in continua evoluzione, anche con toni sempre più marcati sul fronte delle dipendenze non da sostanze ed in particolare per la nostra regione dal fenomeno del Gioco d'azzardo patologico, si rende indispensabile disporre di dati e riflessioni sempre più certi per una programmazione regionale coerente ai reali bisogni del territorio.

Sarà pertanto necessario che gli osservatori territoriali delle ASL, e quello regionale, siano tra loro integrati e regolati dalla Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato in una dimensione di collaborazione e chiara identificazione e differenziazione delle attività che dovranno anche essere orientate ad una visione previsionale.

Al fine di questo obiettivo verrà istituito formalmente da parte della Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato il Tavolo Tecnico Regionale degli Osservatori (TTRO) che sarà

composto dai responsabili degli osservatori territoriali delle ASL, da due Dirigenti della Regione Lombardia, dal responsabile dell'osservatorio Regionale costituito presso Eupolis e sarà presieduto dal Direttore Generale della Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato.

Compiti del TTRO saranno quelli di proporre il piano annuale di raccolta dati, con la specificazione delle competenze di ciascun osservatorio, e di elaborare un report regionale utile alla programmazione. Il piano annuale sarà formalizzato per l'anno 2014 entro il mese di febbraio con atto della direzione regionale. Entro il mese di ottobre 2014 sarà predisposto il piano annuale per il 2015, ciò al fine di consentire la previsione delle risorse necessarie all'attività.

Le Asl provvederanno ad attribuire ai propri osservatori territoriali delle Dipendenze le risorse necessarie per garantire le attività che annualmente saranno definite.

1.4. ACCREDITAMENTO

Il processo di revisione della rete d'offerta socio sanitaria, enunciato nel Programma Regionale di Sviluppo 2013-2018 e sommariamente descritto nei paragrafi precedenti, non può prescindere da una forte azione di governo sul sistema delle Unità d'Offerta, sulla scorta di metodologie e di indicatori efficaci di programmazione.

Il tema di una sempre maggiore aderenza tra offerta di servizi e bisogni di assistenza è da tempo presente nei programmi regionali. La DGR n. IX/4334 del 26/10/2012, "Determinazione in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2013", indicava come obiettivo primario quello di costruire un sistema di programmazione delle Unità d'Offerta centrato sul reale bisogno di servizi espresso dal territorio, attraverso la definizione di indici basati sui seguenti parametri:

- la distribuzione di strutture e di posti accreditati nei vari territori (a livello di ASL);
- il tasso di saturazione delle stesse;
- la presenza di liste d'attesa;
- l'analisi degli esiti di una più precisa valutazione dei bisogni.

Infatti la DGR n. IX/4574 del 19/12/2012, all'Allegato 2, "Definizione di metodologie e di indicatori per la programmazione socio sanitaria in adempimento di quanto previsto dalla DGR n. IX/4334 del 26/10/2012", restringendo il campo di analisi alle unità d'offerta socio sanitarie residenziali per anziani e disabili (RSA e RSD), espone una prima simulazione effettuata combinando dati ancora non definitivi, al fine di testare l'applicazione dei suddetti parametri. In sintesi emergeva che l'offerta residenziale per anziani, pur con molte differenziazioni tra i vari territori, è pari a 6 posti letto ogni 100 anziani over-75. Analizzando tassi di saturazione, rette medie, liste d'attesa e distribuzione degli ospiti per classe SOSIA, sono state espresse delle prime considerazioni finalizzate a un successivo approfondimento con dati più aggiornati. L'offerta per disabili, in assenza di ogni parametro programmatico, è stata riferita alla popolazione disabile di età inferiore ai 65 anni, con una copertura di posti del 1,2% per le sole RSD e del 1,7% contando anche le CSS, rilevando ancora una forte disomogeneità tra le ASL. Per far fronte a una generale carenza di posti residenziali per disabili, veniva già ipotizzata una revisione della rete socio sanitaria, con la creazione di strutture più "leggere" per gli ospiti delle RSA valutati nelle classi 7 e 8 e la riconversione mirata di posti da RSA a RSD.

La DGR n. IX/4879 del 21/2/2013, "Definizione di metodologie e di indicatori per la programmazione socio sanitaria in adempimento di quanto previsto dalla DGR n. IX/4334 del 26/10/2012", alla luce della suddetta simulazione, definisce e descrive una serie di indicatori per la programmazione dei servizi socio sanitari residenziali per anziani e disabili. Gli indicatori presi in esame attengono:

- offerta territoriale misurata in posti in rapporto alla popolazione di riferimento;
- tasso di saturazione;

- liste d'attesa;
- mobilità intra regionale;
- età media d'ingresso;
- complessità assistenziale degli ospiti;
- retta media a carico dell'utente.

Con l'applicazione dei suddetti parametri vengono formulati dei primi indirizzi strategici per la revisione e lo sviluppo della rete di RSA, RSD e CSS.

Infine, la DGR n. X/45 del 16/4/2013, "Differimento applicativo della DGR n. IX/4879 del 21/2/2013 e disposizioni per assicurare continuità nell'erogazione delle prestazioni", dispone un rinvio del suddetto processo al fine di favorire un più approfondita consultazione con tutti gli attori del sistema socio sanitario e per avvalersi degli esiti definitivi delle sperimentazioni in corso ai sensi della DGR n. IX/3239 del 4/4/2012. Nel frattempo, con la DGR n. X/63 del 24/4/2013, tra gli obiettivi assegnati ai direttori generali delle ASL viene espressamente richiesta la produzione e l'analisi di dati di contesto necessari alla nuova programmazione socio sanitaria, anche con la proposizione di eventuali nuovi indicatori e una prima simulazione a livello territoriale.

Obiettivo prioritario del 2014 è pertanto quello di concludere il processo avviato, partendo dalle analisi prodotte dalle ASL, promuovendo una approfondita consultazione con tutti gli attori del sistema e tenendo conto degli esiti finali delle sperimentazioni in corso. La finalità rimane quella di costruire un sistema oggettivo di programmazione, in grado di rispondere agli effettivi bisogni della popolazione e considerando la necessaria evoluzione della rete d'offerta, con particolare attenzione:

- alla dimensione territoriale e alle sue specificità;
- alla dimensione dell'appropriatezza intesa come individuazione di Unità d'offerta coerenti con le dimensioni di fragilità delle persone che le valutazioni multidimensionali rendono evidenti;
- agli impatti derivanti dall'applicazione della DGR n. 856/2013 e delle linee programmatiche della DGR n. 116/2013;

nel quadro della compatibilità economica del sistema socio sanitario nel suo complesso.

Nelle more della riorganizzazione della rete e della definizione degli indicatori di programmazione, si ritiene utile introdurre la sospensione per il 2014 dei nuovi accreditamenti in ambito socio sanitario.

Tale decisione anche alla luce della recente sentenza del Consiglio di Stato n. 04574/2013 che, in accoglimento del ricorso proposto da una struttura accreditata non a contratto, ha ribadito che "nel sistema sanitario nazionale anche il riconoscimento dell'accredimento alla strutture sanitarie private è comunque subordinato all'esito di attività quali la ricognizione del fabbisogno assistenziale e la programmazione sanitaria regionale".

La sospensione degli accreditamenti non riguarda le seguenti fattispecie:

- istanze di accreditamento già presentate in data antecedente l'approvazione del presente atto;
- variazione del soggetto gestore di Unità d'Offerta già accreditate;
- trasferimento di sede, nell'ambito territoriale della stessa ASL, di Unità d'Offerta già accreditate;
- trasformazioni/riconversioni di Unità d'Offerta già accreditate per effetto della programmazione regionale rispetto alla revisione della rete (si cita a titolo esemplificativo e non esaustivo la riconversione nell'ambito della ridefinizione della rete delle unità d'offerta di riabilitazione afferenti per competenza alla Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato nella rete delle unità d'offerta "Cure intermedie");

- nuovi accreditamenti per Unità d’Offerta realizzate con l’erogazione di finanziamenti pubblici (statali o regionali);
- accreditamento di nuovi posti letto derivanti dalla conclusione di Piani Programma già approvati e oggetto della proroga prevista dal presente provvedimento.

1.5. ADEGUAMENTO ORGANIZZATIVO

La flessibilità e complessità organizzativa, nonché l’interazione ed integrazione tra i diversi livelli istituzionali richiesti per l’attuazione della DGR n. 116/2013 pongono l’accento – oltre che sulla sua graduale attuazione e messa a disposizione di risorse economiche – sul ruolo dell’ASL in quanto anello fondamentale del ciclo di governance di queste misure innovative. Tale ruolo, che ASL è chiamata ad assicurare in forte sinergia coi Comuni, si traduce:

- nella valutazione multidimensionale e nella definizione dei progetti di intervento;
- nel monitoraggio e controllo degli interventi realizzati;
- nel controllo e nella verifica del possesso/mantenimento dei requisiti di appropriatezza gestionale ed assistenziale delle prestazioni erogate da parte dei gestori.

Da una parte, si sottolinea la criticità legata alla discontinuità organizzativa - rispetto anche al recente passato - che il processo di decentramento di responsabilità presso le ASL inevitabilmente comporta, anche in ottica di maggiore orientamento verso il cittadino e il territorio. Dall’altra la scelta del voucher socio sanitario, strumento di finanziamento delle prestazioni in esito alla valutazione multidimensionale dell’ASL, comporta contestualmente un processo di responsabilizzazione e di accountability di tutti gli stakeholders coinvolti nel processo di analisi, lettura e soddisfazione del bisogno, dai comuni al terzo settore, dagli erogatori alle persone fragili e ai loro familiari. L’ASL si trova al centro di questo delicato equilibrio di governance territoriale.

Per soddisfare appieno l’esercizio di questo ruolo strategico si chiede alle ASL di:

- realizzare, d’intesa con i Comuni, singoli o associati, e con il coinvolgimento del Terzo settore e della rete delle Unità d’Offerta, tutto quanto necessario in termini di professionalità coinvolte e di diffusione territoriale, per assicurare la funzione di valutazione multidimensionale e l’elaborazione dei conseguenti Progetti personalizzati;
- strutturare un sistema amministrativo capace di assicurare una erogazione degli interventi a sostegno della persona fragile e della sua famiglia, che sia tempestiva ed affidabile e che consenta da una parte di verificare l’andamento di sistema e la coerenza con la dotazione di risorse assegnata e dall’altra la completa tracciabilità del singolo intervento sulla singola persona bisognosa;
- strutturare il sistema per assicurare il controllo in ordine all’uso delle risorse, nonché il monitoraggio dei risultati raggiunti in termini di appropriatezza, flessibilità ed integrazione delle risposte in ragione dei bisogni osservati, evidenziando il livello di innovazione raggiunto rispetto ai precedenti interventi;
- dotarsi delle necessarie competenze tecniche ed amministrative che assumono rilevanza imprescindibile per la funzione di governance degli interventi, data la complessità e specificità che l’uso del voucher e dei buoni orientati alla realizzazione dei progetti personalizzati comportano;
- integrare il sistema amministrativo di monitoraggio con i sistemi già esistenti, sia come PAC che come vigilanza e controllo, ciò anche al fine di evitare inutili ridondanze e sovrapposizioni di competenze;
- coinvolgere nel sistema di monitoraggio anche i comuni, singoli o associati, soggetti erogatori, il terzo settore e tutti gli stakeholders interessati, al fine di consentire da un lato che il monitoraggio diventi più efficace sia come completezza che come qualità del dato

raccolto, dall'altro di beneficiare dei dati raccolti per poter calibrare al meglio, in modo flessibile e tempestivo le proprie politiche e azioni di risposta al bisogno.

I procedimenti di esternalizzazione di unità d'offerta sociosanitarie, di cui alla DGR n. 937/2010, la cui disciplina è tuttora in vigore, devono essere condotti privilegiando l'affidamento ad enti e/o organismi di diritto pubblico, nell'ambito dei principi di trasparenza e correttezza delle procedure.

1.6. STRUTTURA E PIANO DEI CONTROLLI

Il sistema dei controlli, strutturato tra Regione ed ASL in un contesto di estrema complessità e con una logica di forte integrazione, è orientato a dare la certezza ai propri cittadini fragili e alle loro famiglie che una costante vigilanza ed un attento monitoraggio della quotidianità, non solo sono essenziali per verificare che la qualità dei servizi sia conforme alle regole definite, ma sia utile per monitorare la relazione tra la domanda, nelle sue molteplici manifestazioni, e la rete delle Unità d'Offerta così come oggi è configurata.

Vigilare significa quindi non solo controllare il rispetto delle regole, ma anche saper leggere i bisogni delle persone, le attese degli accuditi, orientando sempre di più e sempre meglio le risposte assicurate dalla rete dei servizi.

Appare quindi evidente come, se da un lato, ASL col concorso dei Comuni e la partecipazione delle persone fragili e delle famiglie è chiamata a progettare interventi e risposte, dall'altro non può non essere chiamata a vigilare e controllare la coerenza del sistema, la correttezza delle risposte e il rispetto delle regole cui tutti i gestori sono chiamati.

Le regole sui controlli sono finalizzate a strutturare un processo di accompagnamento, sia per le ASL sia per gli Enti Gestori, e di miglioramento organizzativo del sistema, non dovendosi focalizzare l'attenzione solo all'aspetto sanzionatorio, che costituisce un corollario non certo l'obiettivo.

In più parti, nel corso della X Legislatura, si è approfondito il tema della appropriatezza che deve essere letta in modo trasversale rispetto al processo di revisione del sistema di offerta in corso ed ai servizi introdotti in attuazione dalla DGR n. 116/2013.

Nel corso dell'anno 2014, a seguito dell'iniziativa condotta nello scorso anno, nelle more di una modifica normativa della l.r. 3/2008, verrà costituito formalmente presso la Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato un nucleo multiprofessionale con competenze in materia di controlli di vigilanza e di appropriatezza e con compiti di accompagnamento alle ASL nell'esercizio delle loro funzioni alla luce dei cambiamenti in atto sopra descritti.

La predisposizione del Piano dei Controlli annuale, atto programmatico territoriale a rilevante valenza strategica, costituisce lo strumento fondamentale a disposizione delle ASL per declinare in concreto le prospettive di intervento che si intendono perseguire, in corso d'anno, al fine di raggiungere i seguenti obiettivi:

- della vigilanza sulle singole Unità d'Offerta sociosanitarie e sociali;
- della valutazione e del monitoraggio sulla qualità delle prestazioni socio sanitarie e sociali erogate ai cittadini;
- dell'appropriatezza intesa come valutazione multidimensionale delle caratteristiche personali e relazionali che determinano l'accesso al sistema socio sanitario sia come elemento di coerenza tra i bisogni della persona e le prestazioni assicurate;
- dell'efficiente ed efficace utilizzo delle risorse allocate e disponibili.

Si tratta di obiettivi complessi ma essenziali, financo vitali, per il governo dell'intero sistema, a tutela di tutti i cittadini fruitori dei servizi, con particolare riguardo a quelli che si trovano in condizioni di maggiore fragilità.

Il presente documento detta le regole per la definizione da parte delle ASL dei Piani di vigilanza e controllo 2014 sulle Unità di Offerta sociosanitarie e sociali dei rispettivi territori di competenza.

I principi fondamentali cui attenersi nella stesura dei Piani di vigilanza e controllo 2014 delle ASL sono individuati nei seguenti:

- centrare il senso dell'esercizio delle complessive funzioni di vigilanza e controllo sulle Unità di Offerta della rete socio-sanitaria e della rete sociale sul benessere della persona che fruisce del servizio;
- proseguire l'azione di vigilanza, monitoraggio e controllo della idoneità delle strutture socio sanitarie. Tale attività viene svolta attraverso il meccanismo della verifica sul possesso / mantenimento dei requisiti siano essi di carattere organizzativo-gestionale che tecnologico-strutturali previsti dall' dalle norme di accreditamento;
- perseguire la definizione di una metodologia strutturata e omogenea sul territorio per l'esercizio delle funzioni di vigilanza e controllo sulla intera rete delle Unità di Offerta socio-sanitarie e sociali;
- basare i controlli di appropriatezza su elementi oggettivi di efficacia, sicurezza ed efficienza, valutando gli esiti della sperimentazione in atto ai sensi della DGR n. 4980/13.

Il Piano dei controlli deve essere trasmesso alla Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato, entro il 31 gennaio 2014 con specifico atto deliberativo del Direttore Generale ASL, così come disposto dalla DGR n. 3540/2012.

La Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato procede alla verifica in ordine alla coerenza tra la programmazione espressa nei Piani e le indicazioni fornite attraverso il presente atto entro 60 giorni dalla ricezione.

Le ASL continuano a garantire il monitoraggio semestrale del Piano attraverso la rendicontazione alla Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato dell'attività di vigilanza e controllo esercitata, secondo le modalità introdotte nel 2013, sino a nuove disposizioni.

CONTENUTO DEI PIANI DI VIGILANZA E CONTROLLO 2014 DELLE ASL SULLE UNITA' DI OFFERTA SOCIO SANITARIA E SOCIALE

La prima parte dei Piani di Controllo 2014 delle ASL riguarda l'analisi di contesto con riferimento alla rete delle Unità di Offerta socio sanitarie e sociali presenti sui rispettivi territori alla data del 1.01.2014 e all'analisi dell'esito dell'attività di vigilanza e controllo esercitata nel 2013.

Nell'ambito di tale analisi deve inoltre essere correttamente indicato il numero e la tipologia delle Unità d'Offerta gestite direttamente dalle ASL soggette all'attività di vigilanza e controllo incrociata.

Si conferma la vigilanza incrociata sulle Unità d'Offerta gestite direttamente dalle ASL, e che la stessa viene prevista solo nelle more dell'assunzione del modello organizzativo di netta separazione tra i compiti di gestione e quelli di controllo delle unità d'offerta.

Pertanto ove nei POA sia prevista tale separazione di compiti, le funzioni di vigilanza e di controllo sono in capo alla stessa ASL che gestisce le Unità d'Offerta.

Alla luce dei POA attualmente in vigore, si aggiorna la tabella relativa della vigilanza incrociata (capitolo 2.2 dell'Allegato C alla DGR n. 3540 del 30/05/2012).

AMBITO TERRITORIALE DI RIFERIMENTO	ASL TITOLARE DELLA FUNZIONE DI VIGILANZA E CONTROLLO INCROCIATI
Asl della Provincia di Bergamo	Asl di Milano 2
Asl di Brescia	Asl di Vallecamonica-Sebino
Asl della Provincia di Como	Asl della Provincia di Varese
Asl della Provincia di Cremona	Asl della Provincia di Mantova
Asl della Provincia di Lecco	Asl della Provincia di Como

AMBITO TERRITORIALE DI RIFERIMENTO	ASL TITOLARE DELLA FUNZIONE DI VIGILANZA E CONTROLLO INCROCIATI
Asl della Provincia di Lodi	Asl della Provincia di Cremona
Asl della Provincia di Mantova	Asl di Brescia
Asl di Milano	Asl di Milano (POA ASL MI - DGR IX 4912/2013 prevede netta separazione tra i compiti di gestione/controllo delle U.d.O esistenti sul territorio)
Asl di Milano 1	Asl della Provincia di Monza e Brianza
Asl di Milano 2	Asl della Provincia di Pavia
Asl della Provincia di Monza e Brianza	Asl della Provincia di Bergamo
Asl della Provincia di Pavia	Asl della Provincia di Lodi
Asl della Provincia di Sondrio	Asl della Provincia di Lecco
Asl della Provincia di Varese	Asl di Milano 1
Asl di Vallecamonica-Sebino	Asl della Provincia di Sondrio

Qualora le ASL prevedano per le funzioni di vigilanza e controllo di appropriatezza articolazioni organizzative che ne prevedano l'esercizio da parte di Unità organizzative diverse il Piano di cui sopra deve dare evidenza delle procedure adottate e volte ad assicurare una reale integrazione di tali funzioni al fine di consentire il raggiungimento degli obiettivi sopraenunciati.

Si sottolinea che ai servizi vigilanza e controllo deve essere garantito l'accesso ai dati alimentati dalle Unità di Offerta della rete socio sanitaria in attuazione del debito informativo complessivamente definito per le singole tipologie.

L'accesso ai dati oggetto dei flussi alimentati dalle strutture verso le ASL e la Regione in funzione della rendicontazione delle attività erogate, costituisce infatti una fondamentale preconditione di sistema perché i servizi competenti possano valorizzare indicatori utili al campionamento delle strutture e dei fascicoli oggetto di vigilanza e controllo, nonché, più in generale, procedere alla creazione di reportistica di analisi idonea a supportare l'esercizio della loro attività.

Il Piano dei Controlli deve inoltre esplicitare:

- il continuo impegno a prevedere nei piani di formazione aziendale uno specifico percorso formativo a favore degli operatori preposti all'esercizio della vigilanza e del controllo sulle strutture sociosanitarie e sociali finalizzato allo sviluppo di una specifica competenza professionale che ricomprenda anche la gestione informatizzata delle attività di controllo;
- la dotazione, anche attraverso l'utilizzo del contributo regionale per la vigilanza sulla rete ASSI, di strumenti informatici funzionali a supportare l'attività degli operatori dei servizi di vigilanza e controllo sulle strutture sociosanitarie nel corso delle visite di vigilanza e controllo;
- la dotazione, anche attraverso l'utilizzo del contributo regionale per la vigilanza sulla rete ASSI, di personale atto a garantire quanto dovuto, come previsto dal presente provvedimento, dai servizi di vigilanza e controllo sulle strutture sociosanitarie e sociali;
- la puntuale rendicontazione economica dell'utilizzo, almeno relativo all'ultimo triennio 2011-2013, delle risorse attribuite alle ASL attraverso il contributo regionale per la vigilanza sulla rete ASSI e sulla rete sociale;
- la puntuale descrizione dell'articolazione organizzativa che l'ASL ha attuato a garanzia delle attività di vigilanza e controllo sulla rete ASSI e sociale;
- l'elencazione del personale attribuito all'articolazione organizzativa di cui al punto precedente specificando le qualifiche professionali presenti, i rapporti contrattuali in essere. Si ricorda a tal proposito quanto disposto dalla DGR n. 3540/2012 in merito alle

dovute comunicazioni alla Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato in merito all'aggiornamento di tali elenchi.

Nei paragrafi seguenti è declinato il contenuto che il Piano dei controlli 2014 delle ASL deve garantire.

A) ATTIVITÀ DI VERIFICA DEI REQUISITI CONNESSA ALLA PRESENTAZIONE DI SCIA E DOMANDE DI ACCREDITAMENTO

A.1) Requisiti soggettivi per l'esercizio e l'accreditamento

In attuazione a quanto previsto dal capitolo 1.1 dell'Allegato C) alla DGR 3540 del 30/05/2012 le ASL devono effettuare le verifiche di legge su un campione pari ad almeno il 10% delle autocertificazioni prodotte in relazione alle SCIA e pari ad almeno il 50% delle autocertificazioni prodotte in relazione alle domande di accreditamento, mediante richiesta alle pubbliche amministrazioni certificanti degli stati/fatti/ qualità oggetto di autocertificazione;

A.2) Requisiti organizzativi/gestionali e requisiti strutturali e tecnologici

Le ASL devono garantire le verifiche sul possesso dei requisiti di esercizio e di accreditamento nel 100% delle SCIA e delle istanze di accreditamento presentate.

Le verifiche devono essere effettuate tramite visita in loco ed esitare in una precisa e puntuale attestazione del possesso di ogni singolo requisito.

Ai fini dell'esercizio dell'attività di verifica dell'esistenza dei requisiti si richiede che nel Piano sia data evidenza di una programmazione per quanto possibile integrata per i sopralluoghi atti alla verifica delle SCIA e delle istanze di accreditamento, da parte dei diversi competenti uffici dell'ASL (ad esempio servizi del Dipartimento di Prevenzione).

B) ATTIVITÀ DI VIGILANZA E CONTROLLO

Nel 2014 i Piani di vigilanza e controllo delle Asl devono articolare la programmazione secondo i criteri e i parametri di seguito esplicitati.

B.1) Vigilanza sul mantenimento dei requisiti strutturali e tecnologici:

Al fine di attuare il principio per il quale la periodicità dei controlli deve essere assicurata almeno ogni due anni, la programmazione 2014 sulla vigilanza, dovrà proseguire l'attività iniziata nel 2013 garantendo le verifiche del mantenimento dei requisiti strutturali e tecnologici sul rimanente 50% delle Unità di Offerta in esercizio presenti sui rispettivi territori delle ASL.

Devono inoltre essere programmati ulteriori controlli nelle unità d'offerta, visitate nell'anno 2013, laddove siano state riscontrate criticità (prescrizioni, diffide, sanzioni ecc...)

Le visite di vigilanza sui requisiti strutturali si effettuano senza preavviso.

B.2) Vigilanza sulle Unità d'offerta interessate da Piani Programma:

Con riferimento alle Unità d'Offerta interessate da Piani programma, i Piani di vigilanza e controllo delle ASL devono assicurare il costante monitoraggio dello stato di avanzamento dei lavori di completamento dei piani.

Deve essere prevista la verifica, anche tramite visite ispettive, almeno ogni sei mesi nel 100% delle strutture coinvolte, al fine di monitorare che agli ospiti presenti siano comunque garantiti adeguati standard di sicurezza.

B.3) Vigilanza sul mantenimento dei requisiti soggettivi di esercizio e accreditamento

Le Asl devono verificare, secondo le modalità di legge, almeno il 10 % (calcolato sul numero degli Enti Gestori) delle autocertificazioni, inviate annualmente dai Legali Rappresentanti delle Unità d'Offerta. Con il presente provvedimento si stabilisce l'inoltro alle ASL delle autocertificazioni sul possesso dei requisiti trasversali di esercizio e accreditamento del Legale Rappresentante,

dell'Ente Gestore e dell'Organo di Amministrazione entro la data del 28 febbraio di ogni annualità, con le modalità definite dalle singole ASL.

B.4) Vigilanza sul mantenimento dei requisiti gestionali e organizzativi trasversali e specifici di esercizio e accreditamento

Al fine di attuare il principio per il quale la periodicità dei controlli deve essere assicurata almeno ogni due anni, la programmazione 2014 sulla vigilanza dovrà proseguire l'attività iniziata nel 2013 garantendo le verifiche sul mantenimento dei requisiti gestionali ed organizzativi sul rimanente 50% delle unità di offerta in esercizio presenti sui rispettivi territori delle ASL.

Devono inoltre essere programmati ulteriori controlli nelle unità d'offerta, visitate nell'anno 2013, laddove siano state riscontrate criticità (prescrizioni, diffide, sanzioni ecc...)

Le visite di vigilanza si effettuano senza preavviso.

B.5) Controllo di appropriatezza

Il perseguimento degli obiettivi di efficacia, sicurezza ed efficienza e la necessità di creare un sistema finalizzato al miglioramento della qualità dei servizi erogati in ambito socio sanitario, non può non condurre ad una sempre maggiore esplicitazione, anche in questo settore, del concetto di appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni all'utente.

Il sistema dei controlli deve garantire sempre più l'applicazione del concetto di appropriatezza, anche identificando eventuali aree di miglioramento nell'erogazione dei servizi agli utenti, sulle quali agire in modo integrato tra ASL ed enti erogatori, al fine di garantire interventi/prestazioni socio sanitari realmente appropriati e adeguati al bisogno.

Con il 31/12/2013 avrà termine la sperimentazione degli indicatori sperimentali di appropriatezza in ambito socio sanitario introdotti con la DGR 4980/2013.

Pertanto, a seguito della valutazione degli esiti dell'applicazione di detti indicatori da parte delle ASL, si procederà entro il 30/04/2014 alla revisione del sistema dei controlli di appropriatezza delle prestazioni socio sanitarie, anche con l'obiettivo di favorire l'omogeneità di comportamento delle ASL nell'esercizio delle suddette funzioni.

Con la revisione del sistema, l'applicazione degli indicatori verrà messa a regime, anche in relazione agli effetti prescrittivi e sanzionatori già previsti dalla normativa, ivi compresi i provvedimenti di sospensione/revoca dell'accreditamento.

In funzione della progressiva attuazione di quanto previsto dal capitolo 1.3 dell'Allegato C) alla DGR n. 3540/2012 i Piani 2014 delle ASL devono prevedere l'esercizio dell'attività di controllo sul restante 50% delle Unità d'Offerta in esercizio presenti sui rispettivi territori, assicurando in ogni caso la trasversalità rispetto a tutte le tipologie di Unità d'Offerta.

Devono inoltre essere programmati ulteriori controlli nelle Unità d'Offerta, visitate nell'anno 2013, laddove siano state riscontrate criticità.

Nell'ambito del 50% delle strutture sociosanitarie individuate secondo il criterio di cui sopra, nel 2014 deve essere garantito il controllo di appropriatezza sul 15% dei FASAS, relativi all'anno 2013, non escludendo il controllo dei FASAS anno 2014.

La campionatura dei FASAS è definita in applicazione di una metodologia mista (casuale/mirata) secondo la quota percentuale definita dall'ASL. Il volume percentuale della quota mirata e di quello casuale devono essere indicati nel Piano e, in relazione alla casistica mirata, devono essere evidenziati gli indicatori prescelti per la relativa definizione.

Si precisa che per i controlli di appropriatezza in ADI resta valido quanto definito dalla DGR n. 3540/12 in merito a controlli ex-post ed in itinere.

I controlli dovranno essere eseguiti da personale assegnato ai servizi preposti all'attività di vigilanza e controllo.

La quota di controllo per ADI e Riabilitazione in regime residenziale e ambulatoriale è determinata nel 10% dei FASAS relativi all'anno 2013, ferma restando la possibilità, nell'ambito del volume dei controlli di cui al punto precedente, di procedere a controlli sui FASAS relativi all'anno 2014.

Resta fermo, come anche di seguito sottolineato, che nel corso delle visite di controllo presso le strutture, le equipe di vigilanza possono chiedere all'ente di accedere anche a FASAS ulteriori a quelli campionati.

Nel corso delle visite per i controlli di appropriatezza deve essere prevista la visita all'interno della Unità d'offerta, al fine di verificare direttamente lo svolgimento delle attività e dell'assistenza agli utenti e per cogliere, tutti gli elementi capaci di meglio orientare l'attività del controllo di appropriatezza contestualizzandolo all'interno dell'effettivo operare della struttura. Nel corso della visita all'interno degli spazi della struttura gli operatori dell'ASL possono procedere ad individuare altri utenti per il controllo di appropriatezza, facendosi consegnare dai responsabili presenti i relativi FASAS.

I controlli di appropriatezza devono essere volti a verificare:

- la corretta classificazione degli ospiti nel sistema di rendicontazione dei flussi economici;
- la coerenza tra i bisogni emersi dalla valutazione multidimensionale, quanto determinato dal progetto individuale, le azioni previste dal programma/piano assistenziale personalizzato e quelle effettivamente eseguite risultanti dal diario assistenziale, verificandone l'attuazione da parte delle figure professionali appropriate;
- la congruenza fra quanto rintracciato nel FASAS e quanto rendicontato mediante i flussi oggetto di debito informativo regionale contenenti le informazioni clinico-funzionali-assistenziali utili all'espletamento delle verifiche.

In caso di incoerenze emerse dall'analisi documentale, l'ASL può decidere di approfondire, con la persona assistita o con i suoi familiari, l'appropriatezza delle modalità di valutazione dei bisogni e di erogazione delle prestazioni rispetto al progetto individuale e dal programma/piano assistenziale personalizzato predisposto dall'équipe della struttura.

Nell'ambito dei sopralluoghi programmati, le ASL devono prevedere l'applicazione degli indicatori di controllo come determinati con la DGR n. 4980/13, adottando le schede di monitoraggio semestrali predisposte e trasmesse dalla Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato.

Si conferma il carattere sperimentale degli indicatori previsti dalla DGR n. 4980/13, pertanto le ASL non adotteranno provvedimenti sanzionatori a seguito di sopralluoghi in loco effettuati entro il 30 giugno 2014.

Si precisa tuttavia che ciò non esclude procedimenti di notifica a seguito di riscontro di illeciti amministrativi, così come previsti in Allegato D) alla DGR n. 3540/12, sanzionabili ai sensi dell'art. 15 LR 3/08 e s.m.i..

A seguito di valutazione effettuata da gruppo tecnico regionale sugli esiti del monitoraggio degli indicatori controllati nell'anno 2013, la Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato disporrà nel corso del 2014 nuove indicazioni nel merito.

Le visite per i controlli di appropriatezza vengono effettuate senza preavviso.

B.6) Controlli sull'applicazione della DGR n. 856/2013

I Piani di Controllo dovranno prevedere il controllo delle autocertificazioni relative al Legale Rappresentante e agli Enti Gestori che concorrono alla realizzazione delle azioni previste dalla DGR n. 856/13, nella misura del 10% delle autocertificazioni presentate.

I Piani di Controllo dovranno prevedere controlli di appropriatezza, così come determinati metodologicamente in Allegato C) alla DGR n. 856/13, del 20% degli interventi attuati nei confronti dei soggetti beneficiari delle misure di Residenzialità Leggera, Residenzialità per minori con gravissima disabilità, RSA/RSD aperta.

Per la misura ex DGR n. 856/13 “Comunità Minori”, si conferma il controllo di appropriatezza sul 100% dei minori beneficiari di tale misura, come previsto dal citato Allegato C).

I controlli di cui al punto precedente possono riguardare anche su soggetti non residenti nell’ASL. Tale quota di controllo rientra nel calcolo del 15% previsto per le diverse tipologie d’unità d’offerta campionate, ad esclusione delle Comunità per Minori per le quali il 100% dovrà essere specificatamente previsto.

A seguito di riscontro di eventuali non appropriatezze, si applicherà quanto già definito dalla dgr 3540/12. L’onere economico dovuto al Gestore scelto dal cittadino verrà decurtato del 30% dal momento della presa in carico.

Per quanto attiene al venir meno dei requisiti di abilitazione o accreditamento previste dalle DGR specifiche di settore, richiamate nella DGR 856/13, si applicherà quanto già determinato dalla DGR 3540/12 Allegato D).

PROGRAMMAZIONE DEI CONTROLLI SULLA RETE DELLE UNITA’ DI OFFERTA SOCIALI

Con riferimento alle unità di offerta sociali, le ASL dovranno garantire le verifiche sul 100% delle Comunicazioni Preventive di Esercizio pervenute.

A completamento dell’attività svolta nel 2013, le ASL devono verificare le restanti unità di offerta sociali, a carattere non temporaneo, in esercizio sul territorio, con particolare attenzione all’area minori e prima infanzia.

L’ESERCIZIO DELLA VIGILANZA E DEL CONTROLLO EX ARTT. 23 E 25 COD. CIV. SULLE PERSONE GIURIDICHE DI DIRITTO PRIVATO

Le ASL devono assicurare l’esercizio della vigilanza e controllo sulle persone giuridiche e di diritto privato ex artt. 23 e 25 codice civile, in conformità a quanto previsto dall’art. 4, c. 33, l.r. 1/2000 e s.m.i..

Nell’ambito del Piano di Vigilanza e controllo 2014, la ASL assicura l’effettuazione di tali controlli individuando i profili professionali coinvolti, garantendo la presenza di una adeguata competenza giuridica e amministrativa-contabile, descrivono le modalità adottate per l’esercizio del controllo ed effettuano la rendicontazione delle attività nell’ambito del monitoraggio semestrale del Piano.

Si segnalano alcuni ambiti non esaustivi su cui indirizzare l’attività di verifica:

- corretto insediamento e funzionamento dell’organo amministrativo;
- esistenza della documentazione contabile e di bilancio secondo le norme statutarie e di legge.

2. RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE DI OFFERTA SOCIO SANITARIA

2.1. AZIONI INNOVATIVE

Come noto, con la DGR n. 3239/2012 “Linee guida per l’attivazione di sperimentazioni nell’ambito delle politiche di welfare”, attuativa della delibera delle regole per il servizio socio sanitario regionale anno 2012 (DGR n. 2633/2011), è stato avviato un processo sperimentale, tuttora in corso (DGR n. 499/2013) volto ad innovare la rete socio sanitaria mediante nuove unità d’offerta o riorganizzazione delle unità d’offerta esistenti. Le sperimentazioni promosse hanno riguardato le seguenti aree:

- Area consultori;
- Area della riabilitazione per minori con disabilità;
- Area delle dipendenze (cronicità, adolescenti, nuove forme di abuso/dipendenza, prevenzione selettiva e riduzione del rischio);

- Area della fragilità e non autosufficienza (assistenza post acuta, residenzialità per minori con gravissima disabilità, residenzialità leggera).

Si riassumono qui brevemente gli esiti delle sperimentazioni.

A) CONSULTORI

Già da qualche anno, i consultori sono stati chiamati alla presa in carico dei bisogni sociosanitari e sociali dei lombardi al pari degli altri snodi istituzionali della rete di erogazione di servizi, si cita a puro titolo esemplificativo l'apporto dato da consultori pubblici e privati accreditati alle iniziative Nasko (DGR n. 84/2010) e Cresco, nonché più recentemente, alla realizzazione della misura di sostegno ai genitori in fase di separazione o separati (DGR n. 144/2013).

Le sperimentazioni previste nella DGR n. 3239/2012, nell'ambito dei consultori, avevano l'obiettivo di sviluppare il ruolo di accompagnamento alla famiglia in tutte le fasi del ciclo di vita (nascita, maternità/paternità, educazione figli, adolescenza, situazioni di fragilità con particolare riguardo agli anziani e alle persone con disabilità), estendendo le funzioni consultoriali a tipologie di destinatari oggi, per il consultorio, ancora residuali (vedi disabili ed anziani), e introducendo nuove funzioni di supporto psico socio educativo della famiglia nelle fasi di difficoltà che essa può incontrare nel ciclo di vita, anche mediante l'attivazione di reti di mutuo aiuto.

Sono stati approvati 22 progetti i cui esiti evidenziano:

- L'ampliamento del target di utenza al fine di offrire aiuto e supporto in tutte le fasi della vita che generano fragilità: separazioni, presenza di componenti famigliari fragili come disabili e anziani, adolescenza dei figli, problematiche relazionali;
- L'introduzione di figure professionali innovative (rispetto a quelle tradizionali previste dal requisito di accreditamento), in particolare educatore e/o pedagogo e, in qualche caso, consulente legale.
- L'ampliamento dei giorni di apertura (es. sabato), e/o estensione degli orari d'accesso (es. ore serali).

Alla luce dei risultati raggiunti si procederà, nel corso del 2014, alla stabilizzazione delle funzioni introdotte con le sperimentazioni in corso ed alla loro estensione a tutte le Unità d'offerta consultoriali già accreditate e contrattualizzate, attraverso la revisione del tariffario delle prestazioni. Sino all'adozione di detto provvedimento i consultori che stanno sperimentando le nuove funzioni continueranno, a garantire la presa in carico integrata delle persone secondo le modalità innovative avviate con le sperimentazioni, attraverso il rifinanziamento delle stesse.

B) RIABILITAZIONE PER MINORI CON DISABILITÀ

Nell'area della riabilitazione per minori con disabilità sono stati approvati 34 progetti: il target dei destinatari era costituito da minori con patologie ad alto impatto sociale, difficoltà di apprendimento e disturbi del comportamento. La finalità principale era quella di ridurre le liste di attesa dei servizi di riabilitazione sociosanitaria territoriale e superare l'approccio riabilitativo di tipo tradizionale attraverso interventi di tipo educativo - abilitativo, che coinvolgessero anche le famiglie e costituissero una rete efficiente di collaborazione in particolare con la NPI e con la scuola.

La maggior parte dei progetti ha riguardato la presa in carico sia di minori affetti da disturbi pervasivi dello sviluppo (es. autismo) e disturbi comportamentali, associati a disturbi dell'apprendimento e del linguaggio (es. dislessie) sia delle loro famiglie o di altri soggetti diversi dai genitori che prestano assistenza al minore.

Le sperimentazioni hanno evidenziato che esiste, per i bambini, un forte bisogno di riabilitazione oltre che di interventi di natura educativo abilitativa ed un lavoro di case management che,

operando sui contesti di vita dei bambini, agiscano in funzione sia dell' addestramento del contesto familiare, sia della creazione e mantenimento della rete di supporto.

Le unità d'offerta di riabilitazione rivolte all'età evolutiva, nel corso del 2014, saranno oggetto di un riordino congiunto integrato con le attività della NPIA, riordino che sarà realizzato in modo congiunto tra le Direzioni Generali Salute e Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato.

In attesa di tale riordino le unità d'offerta che hanno partecipato alla sperimentazione potranno continuare a garantire le prestazioni necessarie all'utenza attraverso un rifinanziamento delle stesse.

C) DIPENDENZE

Il sistema d'offerta delle prestazioni, dei servizi ed interventi relativi all'area delle dipendenze deve essere oggetto di un profondo riordino anche alla luce dei mutati bisogni espressi dalle persone e dalle loro famiglie. In particolare il riordino interverrà sull'intera filiera dell'offerta precisando i contenuti metodologici, le funzioni e i protocolli di intervento nelle aree della: cronicità, adolescenti e nuove forme di abuso/dipendenza, prevenzione selettiva e riduzione del rischio, individuando nuove modalità organizzative e operative, in grado di ottimizzare l'utilizzo delle risorse tecniche e finanziarie disponibili.

C.1) Cronicità

Nell'area della cronicità, sono stati sostenuti 14 progetti che hanno riguardato persone caratterizzate da una lunga storia di riabilitazione comunitaria, esitata comunque in difficoltà di reinserimento sociale, abitativo, relazionale, o persone con grave deterioramento psicofisico, in sostanza, persone affette da dipendenza cronica non in grado di condurre una vita autonoma. L'unità d'offerta sperimentata aveva anche lo scopo di evitare il ricorso improprio alla rete delle comunità terapeutiche per dipendenti attivi, non infrequente nell'ambito della cronicità come sopra definita.

Alla luce degli esiti della fase migliorativa delle sperimentazioni saranno definiti, nel 2014 i criteri per la sistematizzazione della presa in carico delle persone in dipendenza cronica non in grado di condurre una vita pienamente autonoma.

Gli enti gestori delle sperimentazioni, fino all'assunzione dei provvedimenti della Giunta regionale che definiranno criteri e modalità di sistematizzazione, potranno continuare le attività unicamente per gli utenti in carico attraverso un rifinanziamento regionale.

Nell'area della cronicità si sono verificate presenze situazioni di persone con diagnosi psichiatrica che richiederebbero una più opportuna collocazione. Per tale specifico target, in relazione anche a quanto contenuto nell'Allegato 2 "Cronicità e Fragilità: percorsi di integrazione sociosanitaria e sanitaria", in raccordo con la Direzione Generale Salute saranno affrontati tutti gli aspetti riguardanti la presa in carico integrata delle persone in doppia diagnosi.

C.2) Adolescenti

Nell'area adolescenti sono stati approvati 19 progetti che hanno coinvolto 500 adolescenti/giovani con problemi di uso/abuso/dipendenza e circa 300 giovani in situazione di rischio o che non trovano risposte appropriate nell'attuale rete dei servizi. L'esito della maggior parte dei progetti ha evidenziato che, spesso, i bisogni presentati sono complessi e non semplificabili in una singola risposta specialistica. Pertanto sarebbe più appropriato attivare progetti personalizzati, da realizzarsi in collaborazione con la famiglia e con i contesti educativi o aggregativi, che prevedano una pluralità di prestazioni ed interventi flessibili per soddisfare nel loro complesso i diversi bisogni delle famiglie e dei ragazzi adolescenti.

L'idea portante è quella, non già di creare un nuovo servizio specialistico per adolescenti, ma di sviluppare, a fianco della funzione specialistica di ciascun servizio della rete d'offerta regionale complessiva, una "funzione di integrazione", tale da favorire la capacità dei servizi di operare con interventi a più ampio raggio che svolgano anche azioni di prevenzione "selettiva ed indicata" con adolescenti in difficoltà, in modo sincrono, sintonico e sinergico, ponendo attenzione anche alle difficoltà e alle richieste di aiuto dei genitori.

Con provvedimento attuativo della presente deliberazione, sarà determinato il titolare della presa in carico che dovrà predisporre i progetti individuali e i piani di assistenza in collaborazione con il Comune, oltre che, come detto sopra, con la famiglia ed i contesti educativo aggregativi. Pertanto, nelle more della definizione del provvedimento attuativo della presente deliberazione, le sperimentazioni in corso continueranno, attraverso un rifinanziamento regionale a garantire all'utenza la prosecuzione dei progetti personalizzati in corso e per la durata già stabilita negli stessi. Gli enti gestori delle sperimentazioni, fino all'assunzione dei provvedimenti della Giunta regionale di sistematizzazione, potranno continuare le attività per gli utenti in carico, attraverso un rifinanziamento regionale.

C.3) Nuove forme d'abuso

Nell'area delle nuove forme di abuso sono stati presentati 19 progetti, di cui la maggior parte (13) dedicati al problema del gioco d'azzardo patologico (GAP). Nella quasi totalità i progetti hanno affrontato le cosiddette "dipendenze immateriali", cioè i comportamenti compulsivi e di dipendenza non necessariamente legati ad una sostanza (GAP, Internet addiction, ecc.). Ne risulta un'offerta piuttosto articolata che si muove nella direzione di bisogni emergenti, espressi sia dai soggetti problematici, sia, frequentemente, dalle famiglie. L'insieme dei progetti ha visto coinvolte più di 1.000 persone.

Per quanto riguarda il gioco d'azzardo patologico in particolare, va specificato che la DGR n. 116/2013, che ha istituito il Fondo per la Famiglia, ha individuato tra le priorità specifiche azioni di contrasto a tale nuova forma di abuso, inoltre il Consiglio regionale, inoltre, il 21 ottobre scorso, ha approvato la l.r. n. 8 "Norme per la prevenzione e il trattamento del gioco d'azzardo patologico" che individua obiettivi e competenze dei diversi attori istituzionali sia per la prevenzione sia per il contrasto alle forme di dipendenza dal gioco d'azzardo.

La DGR n. 856/2013, attuativa della DGR n. 116 sopra citata, ha già recepito quanto stabilito dalla legge regionale, ponendo in capo ai Servizi territoriali per le dipendenze e ai Servizi Multidisciplinari Integrati accreditati, le azioni relative: alla presa in carico, all'accoglienza, alla diagnosi e trattamento delle ludopatie, e affidando alle ASL la promozione delle azioni di prevenzione, anche attraverso specifici piani informativi e formativi.

Pertanto, le sperimentazioni in corso ex DGR n. 3239/2013 termineranno il 31 gennaio 2014 per proseguire attraverso la specifica misura prevista dalla DGR n. 856/2013 .

Le sperimentazioni attuate da soggetti non ricompresi tra quelli previsti da legge potranno concludere i piani individualizzati in corso alla data di approvazione del presente provvedimento.

Verrà realizzato in ogni ASL un Piano di intervento territoriale sul gioco d'azzardo patologico, ai sensi della LR 8/2013, di intesa con la Conferenza dei Sindaci, che comprenda analisi e monitoraggio del territorio, informazione, sensibilizzazione, ascolto, formazione, con particolare attenzione agli ambiti aggregativi, scolastici e di lavoro.

C.4) Prevenzione selettiva e riduzione dei rischi

L'area "Prevenzione selettiva e riduzione dei rischi" ha previsto da un lato l'aggancio precoce di adolescenti in contesti di incontro, aggregazione e divertimento, connotati da situazioni di

“rischio,” dall’altro la riduzione dei rischi in soggetti già tossicodipendenti o consumatori problematici (in particolare situazioni di grave marginalità) che non si rivolgono ai servizi.

Le sperimentazioni si sono aggiunte agli interventi consolidati, attuati da tutte le ASL e coordinati dalla regia regionale nel “Tavolo Tecnico Regionale di Prevenzione”.

Dalla rendicontazione degli interventi realizzati nella prima parte della sperimentazione, risulta siano stati contattati 75.000 soggetti. Le figure professionali maggiormente impegnate sono state quelle dell’educatore, dello psicologo e dell’infermiere. Gli interventi nell’area delle prevenzione selettiva pur se in parte ascrivibili all’area sociosanitaria, hanno realizzato attività rilevante di tipo sociale, confermando quanto già emerso dai monitoraggi degli anni precedenti sui servizi per la prossimità.

Con l’adozione della DGR n. 499/2013 sono stati introdotti indicatori che potessero portare le iniziative ad un miglioramento organizzativo, ad una appropriatezza delle prestazioni in linea con il finanziamento a carico del servizio sanitario, alla possibilità di controlli economici e a controlli di appropriatezza delle prestazioni rese in termini di efficacia sulla salute.

Si ritiene che per queste tipologie di intervento, particolarmente suscettibili di complessità anche in termini di sostenibilità economica, sarà possibile ricavare le indicazioni per una loro messa a sistema nella rete sociosanitaria, solo al termine della fase migliorativa.

Pertanto, considerato che la fase migliorativa ha scadenza improrogabile al 31 gennaio 2014, le attività svolte dai soggetti già in sperimentazione potranno continuare, sino alla definizione della eventuale stabilizzazione delle tipologie, con budget definito sulla base dell’ultima assegnazione rapportata ai mesi di funzionamento. Le conclusioni saranno elaborate in via definitiva dalla Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato entro il 30 marzo 2014, e successivamente si provvederà all’emanazione di apposito atto regionale di regolamentazione.

Le ASL, tramite dei propri Dipartimenti Dipendenze, nel corso del mese di gennaio dovranno intensificare le proprie attività di verifica, anche in loco se del caso, e sollecitare gli Enti Gestori perché inviino le rendicontazioni di attività nei tempi prescritti dalle precedenti determinazioni regionali.

Gli enti gestori che non rispetteranno le scadenze prefissate non potranno accedere al periodo di prosecuzione di cui sopra.

A seguito della conclusione delle sperimentazioni di cui alle DDGR n. 3239/2012 e n. 499/2013, e nell’ambito del riordino dell’intera filiera “dipendenze”, saranno precisati i contenuti metodologici, le funzioni e i protocolli di intervento.

D) PREVENZIONE DELLE DIPENDENZE

Nell’ambito della programmazione socio-sanitaria e negli indirizzi di quella sociale di zona, le Direzioni Sociali, tramite il Dipartimento Dipendenze e del Dipartimento ASSI, promuoveranno, sosterranno e collaboreranno alla realizzazione, negli specifici ambiti di competenza, di azioni e programmi di promozione della salute e di prevenzione, coerenti con le linee strategiche e i contenuti dei Programmi Regionali “SPS – Rete delle Scuole che promuovono salute”, “WHP – Luoghi di lavoro che promuovono salute”, “HPH - Ospedali che promuovono salute” e “Città Sane”.

In particolare, le Direzioni Sociali si attiveranno per favorire l’integrazione operativa fra Dipartimento Dipendenze e Dipartimento ASSI, anche sperimentando assetti organizzativi innovativi, in grado di garantire il miglior utilizzo delle risorse disponibili, nonché la valorizzazione delle competenze tecniche psico-socio-educative presenti nell’area socio sanitaria, all’interno della funzione e delle attività di promozione della salute in capo alle ASL.

Proseguirà il consolidamento delle attività della Rete Regionale per la prevenzione dipendenze, in particolare con la promozione a livello sia regionale sia di ASL di azioni finalizzate al

coinvolgimento e allo sviluppo di partnership fra i diversi Attori sociali presenti sul territorio, in linea con quanto previsto del Piano di Azione Regionale Dipendenze.

Saranno messi a regime i programmi preventivi regionali Life Skills Training Lombardia e Unplugged, quali azioni socio-sanitarie a supporto del consolidamento della Rete delle Scuole che promuovono salute, in stretta sinergia con l'Ufficio Scolastico Regionale.

Per quanto riguarda lo sviluppo delle Reti locali per la prevenzione delle dipendenze, al fine di rinforzare il coordinamento territoriale delle azioni di promozione della salute e di prevenzione, si forniscono le seguenti indicazioni:

- favorire e intensificare le collaborazioni a livello programmatorio e operativo fra Dipartimento Dipendenze e Dipartimento ASSI, in coerenza con quanto previsto nel più ampio processo di integrazione interdipartimentale finalizzato all'elaborazione e attuazione del Piano Aziendale Integrato per la Promozione della Salute;
- effettuare l'aggiornamento periodico del Piano Locale per la prevenzione delle dipendenze (di cui alla DGR n. 1999/2011) in capo al Dipartimento Dipendenze, integrandolo con il PIL Aziendale;
- realizzare in ogni ASL un Piano di intervento territoriale sul gioco d'azzardo patologico, ai sensi della LR n. 8/2013, di intesa con la Conferenza dei Sindaci, che comprenda analisi e monitoraggio del territorio, informazione, sensibilizzazione, ascolto, formazione, con particolare attenzione agli ambiti aggregativi, scolastici e di lavoro. Realizzazione da parte delle ASL di interventi di prevenzione, accoglienza, presa in carico e cura dei soggetti affetti da gioco d'azzardo patologico.

E) RESIDENZIALITA' LEGGERA

Il target della sperimentazione è costituito prevalentemente da persone con disabilità oppure anziane, fragili o con parziale e temporanea non autosufficienza, assistite dalle famiglie a domicilio.

Sono sostenuti complessivamente 10 progetti che finora hanno preso in carico oltre 200 persone, per lo più anziani fragili. La presa in carico di persone con disabilità è risultata veramente residuale.

Per le persone che necessitano di un'unità d'offerta di residenzialità leggera, la DGR n. 856/2013 ha stabilito di destinare alle persone fragili che vi accedono, un voucher di 12 Euro pro die. I soggetti che possono candidarsi sono i gestori di RSA (su posti letto non a contratto), Case Albergo ed alloggi protetti per anziani, secondo quanto previsto dall'allegato C della DGR n. 856/2013.

Le sperimentazioni in corso ai sensi della DGR n. 499/2013 termineranno, ma le attività potranno proseguire ai sensi della DGR n. 856/2013. Le ASL cui è affidata la governance dell'attuazione della citata DGR n. 856/2013 e cui compete la valutazione per l'accesso a tale unità d'offerta nonché la definizione del progetto individuale, avranno cura di garantire la continuità degli interventi e la remunerazione attraverso il voucher definito nella DGR n. 856/2013.

F) RESIDENZIALITA' POST ACUTA

Nell'ambito dell'area, sono stati approvati 41 progetti di cui 38 attualmente attivi ai sensi della DGR n. 499/2013. Il target di utenza preso in carico è costituito da persone in condizioni di stabilità clinica, che hanno concluso il loro percorso acuto e/o sub acuto, ma che necessitano di migliorare il più possibile lo stato di "salute" e che hanno bisogno di un periodo ulteriore di assistenza residenziale, a bassa intensità sanitaria e ad alta intensità assistenziale, per preparare il reinserimento nel loro contesto sociale di vita o per un "accompagnamento" verso altre soluzioni offerte dalla rete dei servizi sociosanitari.

Complessivamente sono stati accolti nelle strutture per assistenza post acuta 2.208 utenti e la tipologia di utenza prevalentemente accolta è costituita da anziani (circa il 70%), il restante 30% è caratterizzato da adulti, persone con disabilità e altre tipologie (ad es. malati oncologici che necessitano di cure palliative).

Circa il 60% delle persone ospitate provengono dall'ospedale e circa il 30% proviene dal proprio domicilio, i restanti da strutture che offrono servizi di riabilitazione.

Pur se le sperimentazioni sono ancora in corso, e la fase migliorativa avviata con la DGR 499/2013 potrà portare ulteriori elementi di valutazione, si delinea comunque che le persone in carico inserite nella post acuta presentano una alta fragilità, il 41%, infatti, presenta da 2 a 4 comorbidità e il 31% da 4 a 8 comorbidità.

Relativamente all'evento indice che ha determinato il ricovero ospedaliero, le persone si caratterizzano come segue:

- circa il 30% patologie di carattere ortopedico-motorio;
- il 20% patologie neurologiche;
- l'11% patologie cardiovascolari;
- il 30% raggruppa persone con diverse patologie in cui prevalgono comunque malati oncologici anche in fase terminale.

Va inoltre precisato che il 33% delle persone accolte in post-acuta, presenta criticità assistenziali (es, rischio di cadute, rischio di piaghe da decubito, ventilazione, PEG, ecc.).

Con riguardo alla situazione familiare, vi è inoltre un 30% dell'utenza che presenta caratteristiche di fragilità oltre che in termini clinici, anche in termini assistenziali o perché il caregiver familiare risulta assente, o è da supportare/formare, o perché l'abitazione non risulta più idonea o ancora vi è una necessità di accompagnamento ad altri servizi sociosanitari diurni o residenziali.

Queste sperimentazioni confermano la necessità di una tipologia di offerta che:

- garantisca la continuità delle cure;
- accompagni la persona al domicilio;
- attivi gli altri interventi sociali e sociosanitari di sostegno al mantenimento al domicilio;
- attivi gli interventi necessari di supporto al caregiver.

Tale tipologia potrà collocarsi nell'ambito delle cure intermedie più oltre definite.

Si rinvia a successivo provvedimento, che verrà adottato in attuazione del presente atto e successivamente al termine della fase migliorativa della sperimentazione in ambito post acuto, la definizione del modello di assistenza, di classificazione degli utenti, dei requisiti di accreditamento e del sistema di remunerazione, attraverso una valutazione congiunta con la Direzione Generale Salute.

In attesa di tale riordino le unità d'offerta che hanno partecipato alla sperimentazione potranno continuare a garantire le prestazioni necessarie all'utenza attraverso il rifinanziamento delle stesse.

G) RESIDENZIALITA' PER MINORI CON GRAVISSIMA DISABILITA'

Le sperimentazioni in questo ambito si sono rivolte ad un target di minori, in genere molto piccoli, con patologie ad alto impatto sociale o gravi patologie cerebrali e conseguenti plurimenomazioni, con prognosi di vita limitata nel tempo, che necessitano di interventi sanitari ed adeguata stimolazione psicopedagogica, la cui complessità clinica ed assistenziale è difficilmente gestibile dalle famiglie al domicilio.

Sono state realizzate tre sperimentazioni che hanno coinvolto 33 bambini e le loro famiglie. In questo ambito i progetti sono molto personalizzati ed in generale vi è stata massima attenzione agli aspetti affettivi e alla relazione con i genitori dei minori. Le famiglie vengono sostenute ed addestrate con attività di empowerment, vi è sempre collaborazione con gli ospedali inviati ed in

particolare in un caso si è dimostrata molto utile, producendo anche un risparmio sui costi complessivi, l'utilizzo sistematico della telemedicina.

Le sperimentazioni sono ancora in corso, ma si conferma che hanno risposto ad un bisogno che non trova copertura nella rete d'offerta esistente. In tal senso, la DGR n. 856/2013 ha determinato di assegnare un voucher giornaliero corrispondente a 115 Euro da destinare alla copertura dei costi di ricovero nelle tipologie sperimentate ai sensi delle DDGR n. 3239/2013 e n. 499/2013 o nelle strutture che comunque si collocano nell'area della residenzialità per minori con gravissima disabilità che possiedono i requisiti di cui all'allegato C della citata DGR n. 856/2013.

H) DISPOSIZIONI COMUNI ALLE SPERIMENTAZIONI

Le persone già in carico alle unità d'offerta /interventi di cui alle sperimentazioni ex DGR n. 499/2013, che aderiscono alle misure disposte con la DGR n. 856/2013, hanno priorità di accesso con attenzione a garantire anche la continuità di presa in carico da parte del medesimo ente erogatore.

Ferma restando la cadenza minima trimestrale delle rendicontazioni relative alle misure attuative della DGR n.116/2013, possono essere concordemente definite tra ASL ed Ente erogatore, in sede di stipulazione del contratto, scadenze di rendicontazione che salvaguardino il principio di economicità delle risorse organizzative sia delle ASL sia degli Enti Erogatori.

Tutte le altre sperimentazioni debitamente autorizzate dalla Regione ed in corso, che contribuiscono al percorso di riforma e innovazione del welfare e che, in armonia con le finalità della DGR n. 116/2013, sono indirizzate al sostegno sociale e socio sanitario per il mantenimento delle persone fragili al proprio domicilio e contesto di vita, sono autorizzate a proseguire fino alla sistematizzazione delle unità d'offerta della rete sociale e socio sanitaria.

Le ASL territorialmente competenti avranno cura di ricondurre, laddove possibile, tali attività innovative all'interno delle aree di intervento sopra descritte, previa richiesta di autorizzazione alla Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato. Per le altre attività non riconducibili, si disporrà con apposito provvedimento per il loro eventuale sostegno finanziario attraverso le ASL, previa presentazione di piano di attività e relativi costi per l'anno 2014.

Con riferimento alle attività innovative di telefonia sociale in corso, realizzate dall'Associazione AUSER, si rileva che le stesse sono a valenza sociale e di particolare importanza per l'orientamento, l'informazione e il supporto offerto al domicilio alle persone fragili, soprattutto anziane. Queste attività, realizzate tramite numero verde e centri di ascolto già sperimentati e attivi nei distretti telefonici della Lombardia, potranno offrire informazione e aiuto anche sulle problematiche del gioco d'azzardo patologico; si ritiene, pertanto di sostenere per l'anno 2014 tali attività con le risorse residue del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali legato alle annualità precedenti.

Tali risorse saranno assegnate agli Ambiti territoriali, tramite le ASL -previe opportune intese tra gli stessi- ripartendole in misura proporzionale al numero di contatti telefonici rilevati nel 2013, effettuati nei rispettivi territori dal servizio di telefonia sociale gestito dall'Associazione AUSER.

2.2. SPORTELLO UNICO WELFARE

Come già descritto in precedenza, la popolazione lombarda è caratterizzata dalla forte presenza di persone anziane che senz'altro hanno una migliore aspettativa di vita rispetto al passato, ma che presentano in molti casi una situazione di bisogno complesso, vale a dire una condizione di salute delicata per la presenza di polipatologie croniche, in taluni casi associata ad una rete familiare e di relazioni debole e quindi non sempre capace di fare fronte ai bisogni di queste persone "fragili". A queste si aggiungono altre categorie di bisogno, altrettanto fragili, prodotte da gravi e gravissime

disabilità, da fenomeni di dipendenze oppure prodotte da crisi dei legami familiari o da inadeguatezza educativa della famiglia.

Per promuovere l'esigibilità dei diritti di queste persone e delle loro famiglie, soprattutto nelle situazioni di maggiore complessità e fragilità, diventa assolutamente cruciale fornire informazioni puntuali e tempestive sulla rete dei servizi e degli interventi –sociali e socio-sanitari- presenti nel territorio, aiutando la persona ad esprimere la propria domanda e a conoscere le risposte attivabili da parte dei servizi territoriali.

All'informazione e conoscenza sul sistema dei servizi deve seguire un'azione di orientamento, attraverso l'ascolto e l'accoglienza, proprio per facilitare l'incontro tra persona con i suoi bisogni di salute e il sistema di offerta dei servizi. È in questa fase che si realizza una prima analisi del bisogno e la corretta interpretazione della domanda e si forniscono risposte informative per il corretto collegamento con le risorse del territorio.

Segue l'accesso al sistema di offerta territoriale con la prima valutazione del bisogno e l'accesso alla rete per la risposta immediatamente attivabile e risolutiva del bisogno, altrimenti, se il bisogno è complesso, si rinvia alle ASL per l'attivazione della valutazione di secondo livello da parte dell'équipe pluriprofessionale.

In Lombardia diversi sono i punti informativi e di accesso per i cittadini, afferenti alle competenze di Comuni/Ambiti territoriali oppure delle ASL/Distretti. Negli anni sono stati implementati in ambito sociale, con le risorse del Fondo per la Non Autosufficienza, i Punti Unici di Accesso (PUA) a livello di Comune/Ambito, promuovendone la loro costituzione a livello territoriale per semplificare l'informazione e l'accesso ai servizi socio sanitari, migliorando il percorso di ascolto e di accoglienza, per attivare la presa in carico della persona con la definizione del Piano di Assistenza Individuale.

Successivamente con la DGR n. 10759/2009 è stato definito il Centro per l'Assistenza Domiciliare (CeAD), quale modalità organizzativa per integrare le risorse –professionali ed economiche- dei Comuni e delle ASL, quindi per coordinare l'impiego di tutte le risorse e di tutti gli interventi socio-sanitari e sociali in ambito domiciliare. Il suo compito è quello di orientare le persone anziane con problemi di autosufficienza, i disabili e le loro famiglie nella rete dei servizi, fornendo loro le informazioni su come accedervi e sui relativi costi. La sua funzione è orientata a migliorare le modalità di presa in carico unitaria della persona e ad eliminare o semplificare i diversi passaggi, disponendo e coordinando gli interventi sociali e socio-sanitari a sostegno della domiciliarità sulla base della progettazione individuale.

Le recenti sperimentazioni sui Consultori, promosse ai sensi della DGR n. 3239/2012, tuttora in corso fino al 31 gennaio 2014 secondo le disposizioni della DGR n. 499/2013, hanno promosso l'ampliamento delle funzioni di questi servizi –ascolto ed accompagnamento- e del target di persone –disabili, anziani, ecc- per una loro evoluzione verso i Centri per la famiglia. La prospettiva è quella di offrire un punto unico a cui la famiglia possa rivolgersi in presenza di bisogni, i più svariati, dei suoi componenti e trovare nel Centro per la famiglia operatori pronti a fornire informazioni puntuali sul sistema dei servizi, ascoltare ed accompagnare nell'accesso ai servizi stessi.

Lo Sportello Unico Welfare, di cui sono state date prime ed essenziali indicazioni nel PRS per la X Legislatura 2013/2018, costituisce un'evoluzione interessante del modello organizzativo lombardo in tema di informazione, orientamento, accompagnamento, valutazione e di accesso ai servizi. In prospettiva, esso può costituire uno strumento strategico di miglioramento dell'informazione e dell'accessibilità ai servizi, di garanzia di effettiva presa in carico unitaria ed integrata della persona e della sua famiglia sulla base di un processo valutativo coerente con la multifattorialità dello stato di fragilità, per la attivazione di percorsi assistenziali continui ed integrati.

Il raccordo istituzionale tra ASL e Comuni/Ambiti territoriali è fondamentale per realizzare lo Sportello Unico Welfare, poiché entrambi questi Enti hanno maturato esperienze e svolgono precise funzioni nell'ambito dell'informazione, della valutazione, dell'accesso ai servizi, impiegando risorse umane professionali e risorse economiche.

La ASL può senz'altro svolgere una funzione di regia per coordinare le varie articolazioni organizzative dello Sportello Unico Welfare, anche attraverso l'integrazione delle risorse umane professionali dell'ASL e dei Comuni/Ambiti territoriali ed il raccordo dei rispettivi sistemi informativi. A questo proposito sono state avviate dai Direttori Generali delle ASL, nell'ambito dei loro obiettivi aziendali, azioni innovative del Welfare, tra queste n. 7 ASL hanno individuato quella riferita allo Sportello Unico Welfare. Questa specifica azione sarà monitorata dalla Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato e gli esiti saranno oggetto di analisi e valutazione per eventuali direttive regionali su questo specifico tema.

2.3. LE CURE INTERMEDIE DALLA FASE DI ACUZIE AL RIENTRO AL DOMICILIO

Il progressivo invecchiamento della popolazione e la "cronicizzazione" dei problemi di salute hanno favorito l'incremento di soggetti fragili multiproblematici ed hanno evidenziato come, in presenza di alcune criticità del sistema, si verifichino molto spesso un ricorso improprio al ricovero ospedaliero, un allungamento dei tempi di ricovero dovuto alla "difficoltà a dimettere" e, paradossalmente, un incremento delle dimissioni precoci verso il domicilio e/o le strutture sociosanitarie di lungoassistenza, non sempre in condizione di far fronte a situazioni cliniche complesse ed a livelli di intensità assistenziale superiori a quelli previsti dagli standard regionali.

È proprio per individuare una risposta appropriata alle necessità di persone prevalentemente anziane, caratterizzate da una condizione di complessità per presenza di un quadro clinico di comorbidità associato ad un quadro di alta fragilità socio assistenziale, che è stata avviata con la DGR 3239/2012 la sperimentazione di servizi di assistenza post acuta. Queste sperimentazioni ora, con la DGR 499/2013, sono entrate nella fase migliorativa, che si concluderà a fine gennaio 2014, momento in cui ne verranno valutati gli esiti finali.

Dai primi esiti delle sperimentazioni, emergono risultati che mettono in luce una casistica di persone assistite, caratterizzabile secondo i seguenti parametri di bisogno sanitario e sociale:

- persone che, pur avendo superato la fase critica di malattia, non sono ancora in grado di rientrare al proprio domicilio per la persistenza di problematiche clinico-assistenziali;
- persone in stabilizzazione clinica, dopo la risoluzione dell'evento acuto che ha determinato il ricovero, ma che necessitano di monitoraggio clinico e farmacologico e che presentano una buona possibilità di recupero funzionale;
- persone che necessitano di un periodo di "non carico" prima della fase di riabilitazione;
- persone dimissibili per cure a domicilio, ma con contesti socio-familiari "fragili o inadeguati" che non consentono il rientro se non dopo un periodo di cure finalizzato alla acquisizione di autonomie, anche supportate, compatibili con il rientro a domicilio oppure con l'accoglienza/rientro in strutture residenziali socio-sanitarie.

Queste sperimentazioni confermano la necessità di una tipologia di offerta che, garantendo una continuità delle cure dopo la fase di acuzie, accompagni la persona al domicilio e ne favorisca una sua stabile permanenza, anche attraverso l'eventuale successiva attivazione di altri interventi e servizi sociali e sociosanitari domiciliari.

È inoltre indispensabile, anche ai fini di una semplificazione organizzativa che aiuti il cittadino nella scelta, addivenire ad una ricollocazione, razionale ed efficiente, delle strutture sanitarie e sociosanitarie alle rispettive e specifiche competenze delle due Direzioni Generali Salute e Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato.

La complessa e ricca dotazione del territorio regionale di strutture residenziali e servizi territoriali sociosanitari consente, a partire dal 2014, la costituzione presso la DG Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato della rete di unità d'offerta sociosanitaria denominata "CURE INTERMEDIE".

Le "Cure intermedie" garantiscono la continuità assistenziale e l'integrazione tra ospedale e territorio attraverso prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socioriabilitative. Esse si caratterizzano per cure ed assistenza temporanee rivolte a persone, in stato di stabilizzazione clinica, provenienti da servizi ospedalieri.

In attesa di specifico atto deliberativo, che comprenderà anche gli esiti definitivi della sperimentazione "post acuta", da sottoporre al Consiglio regionale nel corso del 2014, che sarà condiviso con i soggetti erogatori e con le parti sociali, con il presente provvedimento si avvia il percorso di definizione delle cure intermedie.

La fase iniziale del percorso riguarda l'analisi dei dati relativi alla riabilitazione specialistica, generale e geriatrica e di mantenimento, in regime residenziale, finalizzata a comprendere le caratteristiche cliniche delle persone ricoverate e la tipologia di assistenza fornita (degenza media, modalità di dimissione, etc) dalle strutture accreditate con la Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato.

Sulla base di questa analisi è possibile una prima riclassificazione dell'utenza e riconversione della rete delle unità d'offerta di riabilitazione in regime residenziale –aree specialistica, generale e geriatrica e mantenimento- con l'esclusione delle attività in regime diurno continuo, ambulatoriale e domiciliare. Sono escluse da questo processo di riconversione le strutture riabilitative dedicate all'età evolutiva che, come già detto nell'allegato 2 del presente provvedimento, saranno oggetto di riordino nel corso del 2014.

Dall'analisi dei dati del flusso informativo relativo all'attuale rete di riabilitazione specialistica, generale e geriatrica e di mantenimento, in regime di ricovero della Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato si evince che:

- le strutture residenziali della attuale rete si rivolgono prevalentemente a persone anziane ultra 75-enni (pari al 77% sul totale degli utenti). Se si considera invece la fascia d'età delle persone con più di 65 anni, la percentuale sale al 91%;
- oltre il 50% dei ricoveri in strutture di riabilitazione generale e geriatrica e di mantenimento proviene da dimissioni ospedaliere (strutture pubbliche e private per acuti) e da altre riabilitazioni. Queste modalità di ingresso presentano caratteristiche analoghe a quelle riscontrate per le sperimentazioni di assistenza post acuta ex DGR 3239/2012, per le quali si rimanda a quanto più sopra esposto;
- l'età degli ospiti e le modalità di accesso alle attuali strutture riabilitative evidenziano come queste oggi siano già caratterizzate come strutture che accolgono persone, al termine della fase acuta di malattia, ma che per motivi sociali e sanitari (presenza di pluripatologie e a rischio di riacutizzazione, soprattutto se non sostenuti dalla rete di caregiver nell'immediata fase post acuzie) non possono rientrare in modo sicuro al domicilio;
- dall'analisi delle diagnosi delle Schede di Dimissione Ospedaliera relative alla riabilitazione generale geriatrica e di mantenimento emerge che le cause principali di ricovero sono patologie che incidono sull'apparato locomotore anche riferibili a esiti da traumi (34,3%) e patologie neuro motorie (41,3%), o patologie neurologiche (14,6%). Ad esempio, la principale diagnosi di ammissione è l'atrofia da inattività muscolare (13% dei casi), che nella maggior parte dei casi è esito di un ricovero ospedaliero (post intervento chirurgico o altro) in una persona anziana con prolungato allettamento. Inoltre, tra le prime 5 diagnosi di dimissione, 3 (che corrispondono al 15% del totale delle dimissioni) sono riferibili a esiti di traumi/interventi ortopedici;

- gli utenti delle aree della riabilitazione presentano, nella maggior parte dei casi, una dimissione di tipo ordinario al domicilio. Si nota come per le aree generale e geriatrica e di mantenimento, la quota di utenti che restano per un periodo superiore al trimestre è rilevante (rispettivamente, 35% e 33%). Per la riabilitazione specialistica si osserva inoltre che il 35% dei pazienti viene trasferito ad altro regime o tipologia di ricovero all'interno dello stesso istituto. Nel caso di persone anziane, spesso con margine di recupero funzionale limitato, la durata della degenza media, collocata tra i 30 ed i 60 giorni, è spesso indicatore della necessità di un periodo di stabilizzazione e di riadattamento prima di rientrare al domicilio.

Queste stesse caratteristiche dei pazienti erano già presenti nella riforma della riabilitazione disposta congiuntamente dalle due Direzioni Generali Salute e Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato (DGR n. 19883/2004) che individuava come interventi riabilitativi in area generale e geriatrica quelli in presenza di recidiva dell'evento indice con ridotta probabilità di recupero funzionale e in presenza di pluripatologia a rischio di riacutizzazione, mentre in area di mantenimento, individuava come interventi riabilitativi quelli rivolti a pazienti con pluripatologie e con deterioramento delle condizioni funzionali.

Anche gli attuali standard gestionali di accreditamento delle strutture di riabilitazione stabiliti dalla DGR n. 19883/2004, che prevedono per la riabilitazione generale e geriatrica almeno 30/40 minuti al giorno di attività di fisioterapia e per la riabilitazione di mantenimento fino ad un massimo di 33 minuti al giorno di riabilitazione, non sono più coerenti con quelli definiti nell'Allegato 3 sub c) del presente provvedimento.

Le strutture di riabilitazione specialistica, generale e geriatrica e di mantenimento, afferenti alla Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato ben si collocano, per quanto sopra descritto, nell'ambito delle cure intermedie, rispondendo a bisogni di cura e assistenza temporanea, a favore di persone ormai stabilizzate dal punto di vista clinico, garantendo percorsi sia di assistenza, sia di abilitazione e riabilitazione in una visione unitaria della persona e della sua famiglia, con tempi più adeguati e rispondenti alla complessità dei bisogni di persone anziane o con disabilità.

Si rinvia a successivo provvedimento, che verrà adottato in attuazione del presente atto e comunque al termine della fase migliorativa della sperimentazione in ambito post acuto, la definizione del modello di assistenza, di classificazione degli utenti, dei requisiti di accreditamento e del sistema di remunerazione, attraverso una valutazione congiunta con la DG Salute.

L'attuale sistema d'offerta socio sanitaria della riabilitazione in regime residenziale, nelle more dell'adozione delle determinazioni di cui sopra, è temporaneamente denominato "Cure intermedie ex specialistica", "Cure intermedie ex generale e geriatrica", "Cure intermedie ex mantenimento".

Sino a diverse determinazioni della Giunta regionale, gli operatori del settore garantiranno la permanenza degli standard organizzativi, gestionali, strutturali e tecnologici in vigore per le diverse aree oggi in essere ai sensi della DGR n. 19883/2004.

La nuova denominazione dovrà essere riportata nei contratti con gli Enti gestori che dovranno altresì specificare l'adesione al percorso di riordino apponendo al contratto la clausola riportata nello schema tipo, allegato al presente provvedimento.

Da ultimo, si osserva che i posti di Day Hospital –nelle aree specialistica e generale e geriatrica– oltre ad essere pochi e disomogeneamente distribuiti sul territorio regionale, hanno anche una saturazione dei posti molto bassa (35% medio). Si ritiene pertanto di dover procedere, entro il 31 gennaio 2014, alla loro riconversione in volumi di attività di riabilitazione ambulatoriale o domiciliare, a isorisorse, e secondo modalità che saranno successivamente indicate con provvedimenti della Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato.

2.4. UNITA' D'OFFERTA CON PIANI PROGRAMMA IN CORSO

L'ultimo monitoraggio dello stato di attuazione dei piani programma per l'adeguamento ai requisiti strutturali e tecnologici delle unità d'offerta socio sanitarie, evidenzia una marginale quota di situazioni non ancora concluse, come sinteticamente indicato nella tabella sotto riportata.

Unità d'Offerta non ancora adeguate strutturalmente	n. totale
RSA	24
CDI	3
RSD	9
CDD	5
CSS	3
CONSULTORI	4
SERT	4
RIABILITAZIONE	24
TOTALI	76

Sui tempi di esecuzione dei predetti piani hanno inciso negativamente:

- il frazionamento degli interventi, indotto dalla necessità di mantenere in esercizio un numero adeguato di unità d'offerta per fare fronte ai bisogni degli cittadini, senza interrompere l'erogazione delle prestazioni;
- la necessità di adeguare in corso d'opera i piani alle disposizioni normative sopravvenute, in particolare in materia di prevenzione incendi;
- l'onerosità degli interventi da attuare in autofinanziamento da parte dei gestori, data la carenza di appositi finanziamenti pubblici dedicati.

Pertanto si rileva la necessità di consentire il completamento degli interventi mancanti in tempi certi, sia per evitare l'interruzione di attività assistenziali con funzioni di servizio pubblico che danni gravi alle aziende e ai lavoratori delle stesse, sempre che il mancato adeguamento non sia imputabile a negligenza o inerzia delle strutture stesse.

Considerato opportuno inoltre uniformare la scadenza dei termini per l'adeguamento dei requisiti strutturali e tecnologici a quanto già definito per le strutture sanitarie con DGR n. 898 del 1/12/2010, si dispone:

1. di allineare a quanto previsto dalla citata DGR n. 898/2010 il termine di conclusione dei lavori previsti dai piani programma entro il 31/12/2015, ove si rilevino le condizioni minime di garanzia per gli utenti;
2. di prevedere la possibilità che le ASL emettano provvedimenti di proroga alle autorizzazioni provvisorie per il completamento dei piani programma, sulla scorta delle necessarie verifiche, con scadenza entro il 31/12/2015, a condizione che il legale rappresentante della struttura interessata presenti entro il 31/12/2013 formale istanza alla ASL competente e per

conoscenza alla Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato. Tali provvedimenti possono contenere eventuali prescrizioni al fine di garantire il corretto proseguimento del servizio;

3. di prevedere che entro il termine massimo di 60 giorni dalla data di presentazione dell'istanza di proroga le ASL provvedano ad effettuare le verifiche di competenza e ad emettere i provvedimenti di proroga alle autorizzazioni provvisorie al funzionamento, con scadenza che, comunque, non potrà andare oltre il 31/12/2015;
4. di stabilire, al fine di consentire l'espletamento delle verifiche di cui al punto 3, garantendo contestualmente di legittimare la continuità dell'assistenza, che le autorizzazioni provvisorie al funzionamento in essere e in scadenza al 31/12/2013 si intendono prorogate per un massimo di 60 giorni, a condizione che l'Ente gestore abbia presentato l'istanza di proroga nei tempi e nelle modalità qui indicate;
5. di stabilire che l'istanza di proroga debba certificare:
 - 5.1 lo stato di attuazione del piano programma, con la quota dei lavori o attività non eseguiti e la specificazione degli stessi;
 - 5.2 le ragioni, motivate e documentate, che non hanno consentito il completamento dei lavori entro i termini previsti;
 - 5.3 le misure strutturali, tecniche e/o organizzative, poste o da porre in essere nell'immediato, al fine di assicurare comunque, sia pure in modi diversi, il soddisfacimento dei fini sottesi alle prescrizioni dei relativi requisiti;
 - 5.4 il piano straordinario per la sicurezza appositamente adottato e diretto a garantire la tutela delle condizioni di sicurezza delle persone assistite e dei lavoratori;
6. di proseguire, da parte delle ASL, con il monitoraggio semestrale dell'andamento dei lavori con verifiche documentali e sopralluoghi presso le strutture, dando comunicazione degli esiti alla Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato;
7. di stabilire che le autorizzazioni provvisorie consentono il mantenimento dell'accreditamento e del contratto ove esistenti, fatte salve eventuali riduzioni di budget previste in sede di definizione degli indici di programmazione;
8. di vincolare i gestori delle unità d'offerta ambulatoriali non ancora in possesso dei requisiti strutturali previsti dalla normativa e che, sulla scorta del predetto monitoraggio, risultano inadempienti sull'avvio di piani programma di adeguamento, a predisporre entro il 30/06/14, un piano di chiusura o di trasferimento dell'attività in nuova e adeguata sede.

2.5. ATTUAZIONE DGR n. 3540/2012 – APPLICAZIONE D. LGS. 231/2001

La DGR n. 3540/2012 prevede l'applicazione graduale del D. Lgs. n. 231/2001, come requisito di accreditamento per le unità d'offerta socio sanitarie, nel seguente modo:

- entro il 31/12/2012 per le unità d'offerta residenziali con capacità ricettiva pari o superiore agli 80 p.l.;
- entro il 31/12/2014 estensione alle altre unità d'offerta.

La prima fase di applicazione della richiamata disposizione ha evidenziato alcune specificità tipiche di una parte delle unità d'offerta socio sanitarie caratterizzate da semplicità e snellezza organizzativa. Per dette strutture, l'applicazione del citato D. Lgs. 231/2001 appare sproporzionata in ragione delle ridotte dimensioni e della tipologia delle prestazioni rese.

Si ritiene pertanto necessario modificare quanto previsto nella richiamata DGR n. 3540/2012, al fine di differenziare l'applicazione del suddetto requisito non alle singole unità d'offerta, ma in funzione delle dimensioni gestionali dell'ente gestore, prevedendone l'applicazione non indifferenziata, ma limitata alle unità d'offerta accreditate e contestualmente a contratto, di dimensioni gestionali significative.

Si stabilisce pertanto, novando quanto previsto dalla DGR n. 3540/2012 e analogamente a quanto disposto per le strutture sanitarie con DGR n. 4606 del 28/12/2012 che, entro il 31/12/2014, l'estensione dell'applicazione del citato D. Lgs. 231/2001 riguardi i soli soggetti gestori di una o più unità d'offerta socio sanitarie, accreditate e a contratto, anche di diversa tipologia, che complessivamente garantiscano una capacità contrattuale pari o superiore a 800.000 euro annui. La medesima DGR n. 3540/2012, inoltre, introduce un debito informativo verso le ASL da parte dell'Organismo di Vigilanza che necessita di essere rivisto.

Richiamato pertanto il D. Lgs. n. 231/2001 ed in particolare:

- l'articolo 6, comma 1, lettera b), prevede che se il reato è stato commesso dalle persone indicate nell'articolo 5, comma 1, lettera a), l'ente non risponde se prova che: "... il compito di vigilare sul funzionamento e l'osservanza dei modelli e di curare il loro aggiornamento è stato affidato a un organismo dell'ente dotato di autonomi poteri di iniziativa e di controllo...";
- l'articolo 7, comma 4, lettere a) e b): "L'efficace attuazione del modello richiede: a) una verifica periodica e l'eventuale modifica dello stesso quando sono scoperte significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività; b) un sistema disciplinare idoneo a sanzionare il mancato rispetto delle misure indicate nel modello."

Considerato che l'Organismo di Vigilanza, come si desume dalla suddetta norma, ha il compito di vigilare e verificare periodicamente la coerenza tra i reali comportamenti all'interno dell'ente e le prescrizioni del Modello Organizzativo e del Codice Etico Comportamentale, si rende necessario superare il paragrafo "Debiti informativi verso la ASL", di cui all'allegato B della DGR n. 3540/2012 al fine di meglio definire i contenuti della relazione annuale e assegnare agli enti Gestori un termine maggiormente congruo rispetto all'attuale per redigere la prescritta relazione annuale.

Il suddetto paragrafo "Debiti informativi verso la ASL" viene pertanto così riformulato:

"Debiti informativi verso la ASL

L'Organismo di vigilanza, nel rispetto dei principi di autonomia, trasparenza, correttezza e veridicità, trasmette all'ASL, entro il 28 febbraio di ogni anno una sintetica relazione relativa all'anno precedente, nella quale evidenzia le attività di vigilanza e controllo svolte, con particolare riferimento alle attività afferenti l'accreditamento e il contratto siglato con la ASL. La relazione deve anche indicare le azioni intraprese dall'Ente a fronte di eventuali criticità rilevate."

3. NEGOZIAZIONE RISORSE E CONTRATTO

3.1. IL MODELLO DI GOVERNO DELLE RISORSE IN AMBITO ASSI PER IL 2014

Nel quadro delle azioni e dei risultati attesi nel Programma Regionale di Sviluppo della X legislatura, sono stati adottati già nel corso del 2013 una serie di provvedimenti che vanno fortemente ad incidere sul modello di governo delle risorse a livello territoriale, ponendo basi concrete per l'integrazione delle risorse a livello locale e delineando la necessità che, a livello di ASL, vengano definite con chiarezza regole di processo funzionali, da una parte, a declinare concretamente il principio della valutazione multidimensionale del bisogno a livello distrettuale in un'ottica di appropriatezza e, dall'altro, a controllare costantemente la sostenibilità economica degli interventi programmati nella risposta al bisogno.

Il forte ruolo di governance nell'accesso ai servizi sociosanitari destinati a rispondere ai bisogni delle persone fragili e delle loro famiglie attribuito alle ASL:

- dalla DGR 116/2013 e dal suo primo provvedimento attuativo, la DGR X/856/2013;

- dalla DGR 740/2013;

postula che queste organizzino non solo i servizi dedicati a gestire l'analisi multidimensionale, la definizione del PAI, l'erogazione dei Voucher o dei buoni capaci di sostenere le persone disabili e le loro famiglie ma anche un controllo interno relativo alla gestione delle risorse finalizzato alla misurazione sistematica del livello di spesa distrettuale collegato agli interventi programmati nell'esercizio. Le ASL stanno già sperimentando questo nuovo modello di governo della spesa gestendo il processo collegato alla presa in carico in Assistenza Domiciliare Integrata, in allineamento a quanto previsto dai provvedimenti di riforma dell'ADI della precedente legislatura. Accanto al modello tradizionale del controllo della spesa attraverso la definizione di un budget valido per l'esercizio e valorizzato nell'ambito del contratto con il singolo ente gestore, si pone quindi quello fondato su un sistema di contratti di regole e sull'accesso ai servizi per il tramite della valutazione multidimensionale nel quadro dei vincoli rappresentati dall'appropriatezza degli interventi programmati e nella risposta al bisogno nel quadro della sostenibilità dei costi che ne derivano.

Nel 2014 quindi, le regole di sistema sul governo delle risorse, vengono declinate nei seguenti ambiti:

- quello del sistema dei servizi tradizionali a budget;
- quello del servizio di Assistenza Domiciliare Integrata;
- quello dei servizi che, in un ottica di necessaria manutenzione dei primi, a fronte dell'evoluzione dei bisogni intervenuta in questi anni, si collegano alle azioni definite e regolate in attuazione della DGR quadro n. 116/2013.

In relazione a questi ultimi, le risorse assegnate si qualificano come budget di ASL, che pertanto è tenuta a garantire il rispetto del vincolo di budget definito.

Nella tabella di seguito riportata è declinato, in sintesi, il sistema delle regole di governo delle risorse nel 2014, declinando la budgetizzazione in capo all'ente gestore ovvero in capo all'ASL, in relazione ai diversi ambiti considerati:

Ambito del sistema di offerta socio sanitario	Oggetto del contratto con l'Ente Gestore
Residenze Sanitario Assistenziali per Anziani (RSA)	Contratto di regole e di budget
Residenze Sanitario Assistenziali per Disabili (RSD)	Contratto di regole e di budget
Centri Diurni Integrati per Anziani (CDI)	Contratto di regole e di budget
Centri Diurni per Disabili (CDD)	Contratto di regole e di budget
Comunità Socio Sanitarie per Disabili (CSS)	Contratto di regole e di budget
Hospice	Contratto di regole e di budget
Strutture di Riabilitazione Territoriale extraospedaliera come riordinate	Contratto di regole e di budget
Servizi residenziali e semiresidenziali dell'area dipendenze	Contratto di regole e di budget
Servizi multidisciplinari integrati (SMI) dell'area dipendenze	Contratto di regole e di budget
Consultori familiari privati	Contratto di regole e di budget
Assistenza Domiciliare Integrata (Adi diretta e Adi Voucher)	Contratto di regole
Voucher di Residenzialità leggera	Contratto di regole
Voucher per RSA e RSD Aperta	Contratto di regole
Voucher per Residenzialità per minori gravissimi	Contratto di regole
Voucher per percorsi di intervento nell'ambito del Gioco	Contratto di regole

Le risorse legate al sistema dei servizi che prevedono la remunerazione a budget dell'ente gestore generano mobilità tra le Asl, prevedendo da parte del soggetto gestore la fatturazione della produzione all'Asl di ubicazione dell'unità di offerta. Le risorse legate agli interventi per i quali è previsto unicamente il budget in capo all'Asl, fatto salvo per l'ADI, non generano invece mobilità e il gestore fattura le prestazioni direttamente all'Asl di residenza dell'assistito.

Il processo di elaborazione del flusso economico trimestrale (FE) implementato nel corso del 2013 nell'ambito del DWH della Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale e Volontariato, consentirà anche nel 2014 alle singole ASL di accedere ai dati relativi al proprio costo per mobilità passiva al fine di verificarne l'andamento e di compiere coerenti valutazioni nell'elaborazione dei singoli CET trimestrali. La rendicontazione degli interventi legati al budget di ASL si allinea alle regole e ai modelli di riepilogo che verranno resi disponibili successivamente.

IL FINANZIAMENTO DELLE MISURE PREVISTE DALLA DGR 116/2013

Nel corso del 2014 verrà emanato il secondo provvedimento attuativo della DGR n. 116/2013, sia di rifinanziamento delle misure previste nella DGR n. 856/2013 sia di attivazione di nuove misure.

LE REGOLE DI DEFINIZIONE DEL BUDGET PER IL 2014 PER LE UNITÀ DI OFFERTA A BUDGET

I budget a livello di ASL vengono definiti provvisoriamente in misura pari al 100% dei rispettivi budget aziendali di cui al Decreto n. 3697 del 29/04/2013.

A ciascuna Unità d'Offerta sociosanitaria dovrà essere riconosciuto un budget annuo, calcolato applicando le tariffe medie e le saturazioni definitive riconosciute nel 2013, proprie di ciascuna struttura, ai posti a contratto nel 2014. Ciò con riferimento all'utenza tipica di cittadini lombardi.

Entro il 30 settembre 2014 la Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato provvederà ad individuare un sistema di indicatori volti a valutare prestazioni e servizi resi, nonché le modalità con cui questi vengono assicurati, al fine di consentirne una valutazione, in termini di qualità e di performance. Gli indicatori saranno correlati all'efficacia delle prestazioni, alla qualità assicurata, a modalità gestionali in grado di garantire le necessarie flessibilità oggi richieste alle Unità d'Offerta, alla specifica capacità di realizzare e consolidare percorsi integrati. Gli indicatori costituiranno in questo modo un elemento sulla base del quale potrà essere riorientata una parte di risorse oggi costituenti il budget assegnato ad ogni singola Unità d'Offerta.

In ragione degli esiti del monitoraggio degli indicatori, il budget relativo all'annualità 2015 sarà suscettibile di essere variato, in incremento o in riduzione, entro il limite massimo del 10%, premiando i comportamenti virtuosi e disincentivando quelli inappropriati, nei limiti delle risorse complessive di sistema.

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 n. 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 (classe Sosia 1 e Sidi 1).

Per le unità d'offerta messe a contratto, in tutto o in parte, nel corso del 2013, il budget 2014 potrà essere definito rapportando ad anno intero le prestazioni riferite solo ad una parte del 2013. 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 2013, con riguardo all'utenza tipica.

Per i consultori e gli SMI accreditati e contratto budget massimo è determinato sul budget storico, in allineamento all'annualità precedente. Per i consultori il budget è comprensivo dell'importo derivante dall'incasso dei Ticket vigenti.

Per la definizione dei budget relativi a posti aggiuntivi di unità d'offerta già contrattualizzate, si dovranno prendere come riferimento la tariffa media giornaliera e la saturazione proprie della medesima unità d'offerta registrate per il 2013. Analogamente sarà calcolato il budget per i posti accreditati e a contratto che possono essere riattivati dalle unità d'offerta a seguito di completamento e chiusura del piano programma.

Anche per il 2014 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.

Nell'ambito dei servizi di riabilitazione territoriale extraospedaliera così come riordinati ai sensi del presente provvedimento, si confermano, per quanto compatibile con il presente provvedimento, anche per il 2014 le determinazioni di cui alla DGR n. IX/2633/2012.

Come specificato nel capitolo sulle cure intermedie, la riconversione delle prestazioni di Day Hospital in volumi di trattamenti ambulatoriali, entro il 31/01/2014, è attuata ad isorisorse e secondo modalità che saranno successivamente indicate con provvedimenti della Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato.

Per la riabilitazione ambulatoriale a contratto il budget massimo è determinato sul budget storico, in allineamento alla annualità precedente e fermo restando il budget di ASL. Tale budget è comprensivo dell'importo derivante dall'incasso dei ticket vigenti.

I budget 2014, 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. I budget assegnati alle ASL e negoziati con gli enti gestori nel contratto 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.

Al cittadino extracomunitario, privo di assistenza familiare, ricoverato presso una unità di offerta sociosanitaria in condizione di disabilità in dipendenza vitale ai sensi della DGR n. 740/2013 e in regola con le norme sul permesso di soggiorno al momento dell'evento indice, è garantito il riconoscimento della tariffa socio sanitaria. Resta in ogni caso ferma la necessità di attivare la procedura per la regolarizzazione del titolo di soggiorno quale condizione per mantenere il riconoscimento della tariffa sociosanitaria. I costi del ricovero sono a carico dell'ASL di residenza al momento del verificarsi dell'evento indice.

Per la remunerazione delle prestazioni con oneri a carico del Fondo Sanitario Regionale devono essere applicate le tariffe definite con i diversi provvedimenti regionali. Le tariffe regionali si applicano anche alle prestazioni erogate a favore di utenti non lombardi e con oneri a carico delle loro Regioni di residenza.

BUDGET ALTRI COSTI

Anche per l'anno 2014 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 2013.

3.2. REGOLE DI GESTIONE DEL BUDGET

L'ENTE UNICO

Si richiama la DGR n. 3257 del 4/10/2006 relativa alla qualifica di ente gestore unico e la successiva circolare n. 21 del 5/7/2007 che dispongono che:

- nei casi di unità di offerta accreditate e a contratto, vi sia la possibilità di spostamento del budget da una unità d'offerta all'altra, d'intesa con l'ASL o le ASL interessate;
- qualora la struttura dalla quale si intende trasferire il budget non sia di proprietà del soggetto gestore, l'operazione è possibile previa sottoscrizione, da parte del gestore e del proprietario, di una dichiarazione di assenza di impedimenti in ordine al trasferimento.

A partire dall'esercizio 2014, in caso di più unità d'offerta, anche non della medesima tipologia, ubicate in un'unica ASL o in diverse ASL, si introduce la possibilità per l'ente gestore unico di sottoscrivere un unico contratto che specifichi il numero di posti o di prestazioni o di servizi (residenziali, semi residenziali, domiciliari, ambulatoriali) accreditati e messi a disposizione da ogni singola unità di offerta. In caso di ente gestore unico con unità d'offerta in più ASL, l'ASL in cui l'ente ha sede legale o, diversamente, quella in cui si svolgono le sue attività prevalenti (in termini di numero di schede budget), stipula un unico contratto, in nome e per conto di tutte le ASL territorialmente competenti, sulla scorta delle schede budget di ogni singola unità d'offerta, approvate e trasmesse dalle suddette ASL con apposito atto di delega. In questo caso rimane comunque in capo alle ASL territorialmente competenti per le singole unità d'offerta la regolazione dei rapporti economici relativi alle prestazioni erogate a budget dalle medesime unità.

E' ammesso lo spostamento di budget tra unità d'offerta contrattualizzate, anche se ubicate sul territorio di ASL diverse, a condizione che vi sia un preventivo assenso da parte delle ASL coinvolte e della Direzione Generale Famiglia. Tali variazioni di budget dovranno essere recepite nei contratti sottoscritti. La variazione di contratto dovrà essere comunicata alla Struttura Risorse Economico Finanziarie della Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale e Volontariato.

Si precisa ulteriormente che è parimenti consentito lo spostamento di budget da una stessa tipologia di unità d'offerta accreditata e a contratto ad un'altra accreditata anche se non a contratto, a condizione che vi sia un preventivo assenso da parte delle ASL coinvolte attraverso l'analisi del fabbisogno territoriale e della Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale e Volontariato.

GIORNATA DI ACCETTAZIONE E DI DIMISSIONE, SOSPENSIONI, RICOVERI, ASSENZE E DECESSO NEI SERVIZI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI

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. Se tuttavia il decesso o la dimissione per altra causa interviene nello stesso giorno dell'ammissione al servizio, la giornata è riconosciuta a carico del FSR.

Per il 2014 si forniscono inoltre le seguenti indicazioni relative al trattamento delle assenze nelle Unità d'Offerta socio-sanitarie:

- per quanto riguarda RSA, RSD, CDI, CDD, CSS e Ciclo Diurno Continuo (Riabilitazione) è prevista la remunerazione a carico del FSR delle assenze dell'utente, nell'ambito del budget assegnato all'Unità d'Offerta, entro il limite massimo di 10 giorni consecutivi di assenza e per un massimo di 20 giorni annui per utente;
- per quanto riguarda RSA e RSD, nel caso di ricoveri ospedalieri, la remunerazione viene garantita solo a condizione che l'Unità d'Offerta assicuri, all'ospite ricoverato, prestazioni di carattere assistenziale integrative e/o sostitutive dei famigliari. Di tali prestazioni deve essere data evidenza nel Fascicolo personale;
- inoltre, nel caso specifico dei CDD, considerando l'obbligatorietà della progettazione educativa individuale e la collegialità della stesura dei progetti di intervento che caratterizza i CDD, è prevista, per tale tipologia di unità d'Offerta, la remunerazione per un massimo di 4 giornate annue per le attività di programmazione delle attività educativa personalizzata e per la verifica delle attività programmate. Tale remunerazione corrisponde alla media delle classi degli ospiti moltiplicato per le giornate di programmazione e verifica delle attività come sopra definite. Tale remunerazione comporta che nel Fascicolo di ogni singolo utente per il quale viene riconosciuta risulti chiaramente evidenziata la progettazione e la verifica dei progetti educativi individuali. Resta fermo quanto previsto per i soggiorni climatici in CDD.

Nei CDI si conferma la regola della remunerazione legata alla frequenza effettiva degli utenti anziché agli orari di apertura delle strutture. La tariffa giornaliera pro capite di euro 29,60, prevista per i CDI funzionanti per almeno 8 ore al giorno, deve essere utilizzata, come nel 2013, per remunerare le prestazioni erogate ad utenti che frequentano i CDI a tempo pieno. Allo stesso modo per gli utenti frequentanti il CDI part-time la tariffa giornaliera è confermata in euro 14,80.

3.3. IL CONTRATTO E LA SCHEDA DI BUDGET

I contratti definitivi sottoscritti con gli enti gestori per l'esercizio 2013 sono prorogati a tutto il 31/01/2014, definendo un budget provvisorio pari a un dodicesimo del budget definitivo 2013.

Entro il 31/01/2014 le Asl sottoscrivono con gli enti gestori il contratto per l'anno 2014 utilizzando lo schema tipo allegato al presente provvedimento, definendo un budget provvisorio per il primo trimestre 2014, pari ai tre dodicesimi del budget definitivo 2013, ivi compreso il valore di un dodicesimo di cui al punto precedente.

A tal fine le Asl e i soggetti gestori dovranno sottoscrivere la scheda di budget annuale, entro i limiti delle risorse di budget complessivamente definite dalla Regione con riferimento alle diverse tipologie di unità di offerta. Non si consolidano sul 2014 le compensazioni tra budget relativi a diverse tipologie di unità di offerta effettuate a fine esercizio 2013.

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 2014, verranno negoziati e sottoscritti tra ASL e soggetti gestori i budget definitivi che dovranno valere per l'intero anno 2014. A tal fine le Asl e i soggetti gestori dovranno sottoscrivere la scheda di budget annuale. Il budget definitivo comprende il volume assegnato a titolo di budget provvisorio. Eventuali rimodulazioni di budget potranno avvenire entro il termine massimo del 30 novembre 2014.

Con successivi provvedimenti regionali si forniranno ulteriori indicazioni, attuative della presente deliberazione, ai fini della determinazione dei budget per l'intero anno 2014, tenuto conto delle

rendicontazioni economiche definitive per il 2013 e considerate le effettive disponibilità per il finanziamento dei servizi sociosanitari integrati nell'anno 2014.

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.

E' prorogato sino al 31/01/2014 anche il contratto relativo all'Assistenza Domiciliare Integrata. Entro tale data le Asl sottoscrivono con i soggetti gestori di ADI il contratto annuale utilizzando lo schema tipo allegato al presente provvedimento.

Con provvedimenti della Direzione Generale Famiglia, i budget di ASL potranno essere ridefiniti per tenere conto degli effetti prodotti dalle disposizioni contenute e/o derivanti dall'attuazione del presente provvedimento.

3.4. REGOLE 2014 PER L'ACCESSO AL CONTRATTO

In attesa dell'introduzione di indici di programmazione finalizzati a governare il processo di accreditamento sul territorio del sistema di offerta socio sanitario, nel 2014 si introduce gradualmente la regola che prevede l'ingresso nella contrattazione di nuovi posti accreditati assicurando pari opportunità di accesso alle strutture, con particolare riferimento all'area della disabilità e degli HOSPICE, anche in attuazione di quanto stabilito dalla recente sentenza del Consiglio di Stato n. 04574/2013 ove viene definito che *"la Regione, tenendo conto delle peculiarità del mercato delle prestazioni sanitarie, possa stabilire criteri per l'assegnazione delle risorse alle diverse strutture accreditate e consentire l'inserimento (anche graduale) nel mercato di nuovi operatori in possesso di tutti i requisiti per erogare prestazioni sanitarie in favore del sistema sanitario pubblico"*.

In sede di prima applicazione del nuovo sistema, sono ammessi alla contrattualizzazione i posti di RSD, CSS, CDD, e HOSPICE già accreditati o in relazione ai quali sia stata presentata domanda di accreditamento alla data di adozione del presente provvedimento, a condizione che si concluda positivamente la relativa verifica. E' ammesso altresì:

- la messa a contratto di posti in caso di realizzazione di nuove strutture o ampliamento di strutture esistenti a seguito di erogazione di appositi finanziamenti pubblici statali o regionali espressamente finalizzati allo sviluppo della rete socio-sanitaria;
- l'ampliamento di contratti già esistenti a favore di strutture sociosanitarie gestite da Aziende di Servizi alla Persona (ASP) di cui alla l.r. 13/2/2003, n. 1, ove sussistano dei dettagliati piani di rientro dal deficit di bilancio approvati dagli organi aziendali competenti, presentati alla Regione e valutati in sede di apposita Conferenza di servizi ai sensi dell'art. 14 della stessa l.r.1/2003, qualora detti piani prevedano esplicitamente la messa a contratto di nuovi posti già regolarmente accreditati.

L'ente gestore provvede a fare richiesta di contrattualizzazione all'ASL territorialmente competente. L'ASL, terminata l'istruttoria, trasmette alla Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato i nuovi contratti stipulati, entro due giorni dalla loro stipula.

In attesa della messa a regime di quanto previsto dalla DGR n. 4222/2012 non è consentita l'attivazione di nuovi nuclei di Stato Vegetativo nell'ambito dei posti letto già accreditati delle unità d'offerta in cui i nuclei possono essere previsti ai sensi della DGR richiamata.

3.5. ACCORDI TERRITORIALI

Le ASL, nell'ambito delle loro competenze programmatiche, con la partecipazione degli enti gestori e con il consenso della Regione, possono promuovere degli accordi tra gestori della stessa tipologia di unità d'offerta, purché ubicate sul territorio della stessa ASL, finalizzati al

miglioramento della rete d'offerta, alla migliore copertura assistenziale di tutti i distretti socio sanitari, alla intercettazione di bisogni assistenziali dei vari ambiti territoriali. Tali accordi si concretizzano nello spostamento, da parte di strutture accreditate ed a contratto di volumi contrattualizzati e dei relativi budget, a strutture accreditate, senza incremento del budget complessivo a livello di ASL.

3.6. LINEE GUIDA PER IL CONTRATTO DI INGRESSO

La Legge Regionale n. 3/2008 stabilisce all'art. 8 che *“La Giunta regionale, al fine di assicurare uniformi modalità di ingresso alle unità di offerta sociosanitarie accreditate, definisce i contenuti essenziali dei relativi contratti di accesso, anche mediante l'adozione di schemi tipo.”*

La successiva DGR n. 3540/2012 ha previsto, per tutte le unità d'offerta socio sanitarie accreditate in cui sussiste una forma di compartecipazione al costo del servizio da parte degli utenti, l'adozione del contratto di ingresso secondo precisi contenuti stabiliti mediante uno schema tipo, da adottare con successivo provvedimento regionale attuativo.

Considerato che il contratto stipulato tra l'ente gestore e l'ospite è un contratto di diritto privato, vanno attentamente valutate le garanzie poste dall'ordinamento a tutela della formazione del contenuto negoziale: la Costituzione, all'articolo 3 e all'articolo 41, tutela infatti l'autonomia privata, mentre il Codice Civile, all'art. 1322, definisce e disciplina detta autonomia come potere di determinare liberamente il contenuto del contratto nei limiti imposti dalla legge.

Si ritiene pertanto di approvare i contenuti essenziali del contratto d'ingresso fornendo, a mero titolo esemplificativo, anche uno schema tipo di contratto predefinito. In tal modo si contemperano i principi generali dell'ordinamento con l'esigenza di garantire all'assistito omogeneità di trattamento sul territorio lombardo e piena avvertenza rispetto ai propri diritti e doveri in quanto utente del servizio socio sanitario, con particolare riferimento agli ambiti di maggiore criticità nella disciplina dei rapporti giuridici ed economici con l'ente gestore.

Le seguenti linee guida pertanto, per le motivazioni sopra espresse, definiscono i contenuti essenziali del contratto d'ingresso intercorrente tra il gestore e l'ospite del servizio o familiare o amministratore di sostegno o tutore, con la finalità principale di formare correttamente la volontà dell'ospite. Ulteriori clausole contrattuali possono essere inserite dagli enti gestori, nel pieno esercizio della propria autonomia, purché le stesse non siano in contrasto con la normativa nazionale e regionale applicabile al momento della stipula del contratto.

Il contratto d'ingresso ed eventualmente il regolamento della struttura (che ove esistente deve formare parte integrante del contratto ed essere sottoscritto insieme al contratto stesso), in ottemperanza alla normativa vigente, dovranno ricomprendere i seguenti elementi, declinati secondo le modalità ritenute opportune da ciascun ente gestore.

CONTENUTI ESSENZIALI DEL CONTRATTO D'INGRESSO:

- 1. Parti contraenti:** specificare chi siano le parti contraenti e il soggetto beneficiario nel caso in cui il soggetto ospite beneficiario non sia il firmatario del contratto.
- 2. Oggetto:** nel quale, a fronte della documentazione sanitaria e sociale acquisita e della documentazione inerente la verifica della situazione economica del soggetto beneficiario, nonché delle informazioni fornite dai parenti e dall'ospite, quando possibile, l'ente gestore dichiara la disponibilità a prendere in carico l'ospite e a erogare appropriate prestazioni in cambio dell'impegno da parte del contraente al pagamento del retta.

3. Obblighi dell'ente gestore, nel quale vi sia:

- a. La descrizione dei servizi o delle prestazioni erogati in favore dell'ospite e degli obblighi di tutela dei diritti dell'ospite stabiliti nella carta dei servizi (obbligo di tenuta della documentazione sanitaria e socio sanitaria, obbligo del rispetto dei protocolli assistenziali, obbligo di rilascio della dichiarazione dei costi sanitari ai fini fiscali, ecc.)
- b. La sottoposizione della struttura alla normativa nazionale e regionale applicabile. Qualora alcune disposizioni del contratto o del regolamento siano in conflitto con detta normativa, quest'ultima è da ritenersi inserita di diritto nel contratto anche in sostituzione delle clausole difformi in esso presenti.
- c. Per le unità di offerta semi residenziali devono essere disciplinate anche le modalità di trasporto dell'ospite da e verso il domicilio, specificando che i responsabili del servizio devono svolgerlo mantenendo un comportamento conforme alle normali norme di diligenza, anche assicurando le necessarie funzioni di sorveglianza delle persone trasportate. Dovranno inoltre essere indicati gli eventuali costi aggiuntivi.
- d. A integrazione di quanto previsto dalla DGR n. 3540/2012 circa la polizza assicurativa per la responsabilità civile che l'ente gestore deve stipulare e mantenere per coprire eventuali danni cagionati all'ospite, si prevede che la stessa debba comprendere anche i danni involontariamente cagionati in conseguenza di un fatto accidentale e/o imputabile a negligenza, imprudenza o imperizia. Le polizze non devono prevedere franchigie opponibili ai terzi danneggiati.

4. Modalità di erogazione delle prestazioni/servizi da parte dell'ente gestore: nel quale siano descritte, attingendo dalla carta dei servizi, le specificità dell'unità d'offerta, come ad esempio il rispetto delle abitudini dell'ospite, il confronto continuo con i familiari, ecc.

5. Obblighi del contraente: nel quale vi sia l'impegno al pagamento della retta, al rispetto del contratto e del regolamento allegato al contratto nonché di eventuali ulteriori regole vigenti all'interno della struttura.

6. Retta ed eventuale deposito cauzionale: nel quale l'ente gestore indica la retta giornaliera a carico del contraente e nel quale devono essere disciplinati gli eventuali periodi di chiusura dell'attività da parte del gestore e per i quali non devono essere previsti oneri a carico del contraente. Devono essere analiticamente elencate le prestazioni escluse dalla retta, con l'indicazione che le stesse sono a carico del contraente e con la relativa quantificazione dei costi a suo carico, qualora le stesse venissero richieste. Deve essere indicato l'eventuale deposito cauzionale, comunque non superiore ad una mensilità, e l'obbligo di preavviso delle eventuali dimissioni volontarie nonché le conseguenze economiche derivanti dal mancato rispetto del preavviso.

7. Mancato pagamento della retta: devono essere indicate le conseguenze derivanti dal mancato pagamento della retta, in particolare: se sono applicati interessi per il ritardo e la relativa misura, decorso quale termine il contratto si intenderà risolto di diritto con il correlativo obbligo dell'ospite di lasciare la struttura fermo restando l'obbligo per la

struttura, da inserire nel contratto, di attivarsi con il comune e con l'ASL perché le dimissioni avvengano in forma assistita.

8. Assenze e ritardi - nel quale siano disciplinati:

- a. I ritardi all'ingresso o comunque all'avvio delle prestazioni (se dovuti a fatti imprevisi o meno, se con diritto alla riserva del posto e della prenotazione o meno, ecc.) e relative conseguenze sul calcolo della retta;
- b. le assenze temporanee (per cause diverse dal ricovero ospedaliero e non dipendenti dal gestore) e relative conseguenze sul calcolo della retta;
- c. i ricoveri in ospedale (nel qual caso non può mai essere richiesto il pagamento di alcun onere aggiuntivo rispetto alla retta ordinaria).

9. Dimissioni, nel quale siano disciplinate: le modalità di preavviso nel caso di dimissioni volontarie, la dimissione in caso di decesso, le modalità di coinvolgimento del comune di residenza e dell'ASL nel caso di dimissioni disposte motivatamente dal gestore, la disciplina del calcolo della retta in caso di dimissioni.

10. Recesso e risoluzione del contratto: fermo restando quanto sopra (mancato pagamento della retta, dimissioni), devono essere disciplinate in modo organico e comprensibile le ipotesi di recesso e di risoluzione del contratto, con indicazione delle conseguenze circa il calcolo della retta.

11. Oggetti e beni personali: nel quale vengono regolamentati, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1783-1786 c.c., la responsabilità e gli obblighi delle parti derivanti dalla presenza di oggetti personali custoditi presso l'unità d'offerta.

12. Trattamento dei dati personali: si deve esplicitare chi sia il titolare del trattamento dei dati e i responsabili se presenti. Si dovranno inoltre esplicitare le modalità di accesso alla documentazione socio sanitaria. La struttura deve inoltre far firmare il consenso al trattamento dei dati personali nel quale indica, su indicazione dell'ospite, le persone autorizzate a parlare con il personale sanitario nonché le persone da contattare in caso di urgenze, nel rispetto di quanto previsto dalla normativa in materia di privacy.

13. Modifiche al contratto: nel quale si specifica che eventuali modifiche hanno efficacia solo ove apportate per iscritto e sottoscritte da entrambe le parti, salvo quelle dovute al cambiamento della normativa applicabile che si intendono automaticamente recepite nel contratto.

14. Durata: nel quale siano indicate la durata del contratto e la data di inizio delle prestazioni.

15. Divieto di cessione: nel quale si dovrà indicare che il contratto non potrà essere ceduto dalle parti, salvo consenso scritto delle stesse parti.

16. Normativa applicabile e Foro competente.

Al contratto d'ingresso dovranno essere allegati:

1. Tabella con gli importi delle rette;
2. Carta dei servizi con la modulistica ad essa allegata;
3. Regolamento dell'unità d'offerta.

FIRME

- Ospite
- Eventuale terzo obbligato

Oppure

- Amministratore di sostegno
- Eventuale coobbligato

3.7. SCHEMA TIPO DI CONTRATTO E SCHEDA BUDGET

Si allegano di seguito:

- a) lo schema tipo di contratto per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra l'Azienda Sanitaria Locale e le Unità d'offerta sociosanitarie;**
- b) La scheda budget allegata allo schema tipo di contratto per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra l'Azienda Sanitaria Locale e le Unità d'offerta sociosanitarie;**
- c) Lo schema tipo di contratto per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra l'Azienda Sanitaria Locale e le Unità d'offerta accreditate per l'erogazione delle prestazioni di assistenza domiciliare integrata**
- d) a mero titolo esemplificativo, uno schema contrattuale applicativo delle linee guida per una tipologia di unità d'offerta (RSA)**

SCHEMA TIPO DI CONTRATTO PER LA DEFINIZIONE DEI RAPPORTI GIURIDICI ED ECONOMICI TRA L'AZIENDA SANITARIA LOCALE E LE UNITÀ 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; *(qualora si tratti di ente gestore unico con unità d'offerta in più ASL: in nome e per conto delle ASL di ..., per le rispettive strutture ivi operanti;)*

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: RSA, RSD, ecc.)* denominata ..., con sede nel Comune di ... in via ... n. ..., codice di struttura n. ...; *(in caso di contratto relativo a ente gestore unico di una pluralità di unità di offerta: elencare tutte le unità di offerta specificando l'ASL di ubicazione)*

premesse 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: RSA, RSD, 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 dell'utenza tipica, se trattasi di anziani, disabili, ecc.)* ...; *(in caso di contratto relativo a ente gestore unico di una pluralità di unità di offerta: elencare i dati di tutte le unità di offerta specificando l'ASL di ubicazione)*
- l'ente gestore è abilitato all'esercizio della unità d'offerta in base al seguente atto/comunicazione ... *(riportate estremi DIA/SCIA/Comunicazione preventiva ovvero estremi dell'autorizzazione al funzionamento)*, nel rispetto delle disposizioni regionali e della vigente normativa, relativamente a *(specificare n. posti/prestazioni/attività consultoriale)* ...; *(in caso di contratto relativo a ente gestore unico di una pluralità di unità di offerta: elencare i dati di tutte le unità di offerta specificando l'ASL di ubicazione)*
- con Delibera/Decreto regionale n. ... del ... è stato riconosciuto l'accreditamento per *(specificare n. posti/n. prestazioni)* ..., e che pertanto l'unità d'offerta risulta iscritta nel registro regionale istituito presso la Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato della Regione Lombardia; *(in caso di contratto relativo a ente gestore unico di una pluralità di unità di offerta: elencare i dati di tutte le unità di offerta specificando l'ASL di ubicazione)*
- l'ente gestore, pertanto, intende mettere a disposizione dell'ASL *(n. posti/prestazioni/attività consultoriale)* ... autorizzati e accreditati che verranno remunerati nei limiti e nei termini fissati dal presente contratto; *(in caso di contratto relativo a ente gestore unico di una pluralità di unità di offerta: elencare i dati di tutte le unità di offerta specificando l'ASL di ubicazione)*
- *(con riferimento esclusivo alle unità di offerta nelle quali è prevista compartecipazione alla spesa da parte dell'utenza)* l'ente gestore ha comunicato che le rette giornaliere *(indicare se trattasi di retta unica o di rette differenziate per tipologie diverse specificandone gli importi, ivi comprese le rette in convenzione con i Comuni)* praticate agli ospiti dell'unità d'offerta, alla data di stipulazione del presente atto, sono le seguenti ... e si impegna a comunicare alla ASL tutte le variazioni della retta. Per i periodi di chiusura dell'attività stabiliti dal gestore, non potranno essere richiesti pagamenti all'utenza; *(in caso di contratto relativo a ente gestore unico di una pluralità di unità di offerta: elencare i dati di tutte le unità di offerta specificando l'ASL di ubicazione)*

tutto ciò premesso, si stipula quanto segue:

ARTICOLO 1. Premesse

Le premesse costituiscono parte integrante e sostanziale del presente atto.

ARTICOLO 2. Oggetto

Il presente contratto definisce i rapporti giuridici ed economici derivanti dall'erogazione di prestazioni socio sanitarie 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; (*in caso di contratto relativo a ente gestore unico di una pluralità di unità di offerta: elencare i dati di tutte le unità di offerta specificando l'ASL di ubicazione*)

L'ASL si avvale pertanto dell'ente gestore per l'assistenza (*residenziale/semiresidenziale/ecc.*)... a favore di utenti (*inserire tipologia di utenza*) ...

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.

ARTICOLO 3. Mantenimento dei requisiti, vigilanza e controlli di appropriatezza

L'ente gestore si impegna a garantire l'erogazione delle prestazioni o servizi certificando il numero, la professionalità ed il rapporto di lavoro del personale impiegato nella unità d'offerta ed ogni altro requisito di accreditamento.

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.

L'ASL, nell'esercizio delle funzioni di vigilanza, può accedere, senza preavviso, 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, per 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 dell'ente gestore o da un suo incaricato, che potranno richiedere l'inserimento nel verbale di eventuali dichiarazioni. Al termine del sopralluogo una copia del verbale dovrà essere rilasciata alla persona presente incaricata dall'ente gestore. 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.

Le parti danno atto che l'esito dell'accertamento determina l'adozione dei provvedimenti previsti dalle linee guida regionali in materia di vigilanza e controllo sulle unità d'offerta sociosanitarie, con gli eventuali conseguenti effetti nei confronti del presente contratto.

ARTICOLO 4. Obblighi di carattere generale

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 ... del ... (*inserire gli estremi dei provvedimenti regionali che disciplinano le regole della specifica unità d'offerta*);
- b) concorrere al rispetto ed all'attuazione dei principi, delle indicazioni e degli adempimenti previsti nella LR 3/2008 a carico degli enti gestori;
- c) rispettare i criteri di accesso prioritario alle prestazioni definiti a livello locale, in attesa delle disposizioni applicative di cui all'articolo 6, comma 3, della LR 3/2008 stabilite dalla Regione;
- d) 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;
- e) 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;
- f) 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;
- g) prendere in carico gli assistiti in maniera personalizzata e continuativa e coinvolgerli nella formulazione dei relativi progetti di assistenza, nel rispetto delle indicazioni fornite dalla Regione o dall'ASL;
- h) fornire agli assistiti una valutazione globale, scritta, del proprio stato di bisogno;
- i) (*con esclusione delle unità di offerta ambulatoriali e delle prestazioni a totale carico del Fondo Sanitario regionale*) informare il comune di residenza degli assistiti dell'accesso all'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 FSR della Regione di origine, dovrà essere richiesto il preventivo assenso da parte di quest'ultima;
- j) 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;
- k) 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;
- l) assicurare l'accesso all'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 nell'unità d'offerta;
- m) 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 territoriale, 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;
- n) partecipare a iniziative promosse dall'ASL o previste nei piani di zona, rivolte ad attuare l'integrazione tra la programmazione della rete di offerta sociale e la rete di offerta sociosanitaria e tese al miglioramento della qualità del servizio;
- o) dotarsi di un codice etico secondo quanto indicato nei provvedimenti regionali e di darne atto nella carta dei servizi. La violazione del codice etico contestata per iscritto e in assenza di giustificazioni ritenute valide, a insindacabile e motivato giudizio dell'ASL, costituisce causa di risoluzione di diritto del presente contratto ai sensi dell'articolo 1456 del codice civile;
- p) non richiedere alcun corrispettivo per lo svolgimento di tutte le pratiche e le procedure preliminari alla presa in carico dell'utente;

- q) collocare gli ospiti per i quali si ricevono tariffe a carico del FSR su posti accreditati e messi a contratto.

ARTICOLO 5. Sistema tariffario e pagamenti

1. L'ASL (*in caso di ente gestore unico*: territorialmente competente per ciascuna unità d'offerta) è tenuta ad erogare all'ente gestore, nel rispetto delle disposizioni regionali vigenti, le tariffe previste dalla Regione Lombardia, nei termini fissati dai successivi articoli 6 e 7.
2. L'ASL (*in caso di ente gestore unico*: territorialmente competente per ciascuna unità d'offerta) 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 a 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 del presente contratto.
6. 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.

ARTICOLO 6. Budget

Le presenti disposizioni si applicano relativamente all'erogazione di (*specificare la tipologia delle prestazioni/servizi*) ... per tutti i cittadini residenti in Regione Lombardia e non solo alla quota relativa ai consumi dei residenti nella ASL di ubicazione della unità d'offerta.

Per quanto riguarda le prestazioni erogate nei confronti di pazienti provenienti da altre Regioni, queste 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 e 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.

Alla unità d'offerta è destinato, per l'anno ..., il budget di risorse indicato negli allegati "1", parte integrante del presente contratto. *(nel caso di ente gestore unico allegare una scheda budget per ogni unità di offerta, oggetto del presente contratto)*

L'eventuale modifica del budget di risorse, indicato negli allegati "1", sarà concordata per iscritto, non oltre il 30 novembre dell'anno in corso, tra l'ASL (*in caso di ente gestore unico: territorialmente competente per ciascuna unità d'offerta*) e l'ente gestore, compatibilmente con il budget di ASL e sentita la Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato.

Al raggiungimento della soglia di budget indicata negli allegati "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 relazione a quanto previsto dai provvedimenti regionali di cui al successivo articolo 7.

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.

In nessun caso l'esaurimento del budget può motivare l'incremento delle rette a carico dell'utenza.

ARTICOLO 7. Prestazioni extra budget

(da compilare per le unità d'offerta che accolgono anche utenza non tipica)

Con riguardo all'utenza non tipica (*stati vegetativi, SLA, soggetti provenienti da ex ospedali psichiatrici e disabili a cui sono stati riconosciuti i benefici di cui alla 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.

Per ogni presa in carico di utenza non tipica, il gestore dovrà preventivamente informare i competenti uffici dell'ASL (*in caso di ente gestore unico: territorialmente competente per ciascuna unità d'offerta*).

ARTICOLO 8. Modalità di registrazione e codifica delle prestazioni

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.

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.

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.

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.

ARTICOLO 9. Sistema aziendale per il miglioramento della qualità

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.

ARTICOLO 10. Eventi modificativi dell'ente gestore

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, previa diffida da parte dell'ASL ad adempiere entro un congruo termine. La revoca è disposta con Decreto del Direttore Generale della Direzione Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato e comporta la risoluzione di diritto del contratto. Nel corso del procedimento per la revoca dell'accREDITamento, il contratto è sospeso;
- d) con la sola eccezione della modificazione della persona del legale rappresentante o dell'amministratore dell'ente gestore e della trasformazione di una società, ogni evento che dovesse comportare lo scioglimento, la fusione o il cambio dell'ente gestore comporta la necessità di una voltura dell'accREDITamento. In particolare:
 - le parti dovranno procedere a richiedere alla Regione il parere preventivo alla voltura e successivamente a richiedere un nuovo accREDITamento, secondo quanto previsto dal Cap. 3, punto 3.2) dell'Allegato A della DGR 3540/2012;
 - a seguito di voltura dell'accREDITamento, l'ASL provvede alla modifica del presente contratto con l'iscrizione del nuovo soggetto gestore dalla data di adozione del Decreto di voltura dell'accREDITamento o da altra data specificata nel Decreto stesso;
- e) la cessione di crediti derivanti dal presente contratto è soggetta alla disciplina vigente in materia di contratti pubblici.

La stipula dei contratti e degli atti sopra indicati in assenza di voltura costituisce grave inadempimento che comporta a carico dell'ente gestore il pagamento di una penale di importo pari a quanto stabilito dalla Legge regionale 24 febbraio 2012 n. 2 per la mancata presentazione della Segnalazione Certificata di Inizio Attività, salvo il risarcimento del maggior danno, con diritto dell'ASL di compensare i crediti derivanti dall'applicazione delle penali con le somme eventualmente dovute all'ente gestore in virtù del contratto.

In presenza dell'inadempimento sopra indicato, il presente contratto può essere risolto di diritto, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 1456 del codice civile e può essere disposta la revoca dell'accREDITamento.

Nel caso in cui la voltura venga negata, l'ente gestore non può perfezionare gli atti sopra indicati e l'eventuale stipula degli stessi costituirà grave inadempimento del presente contratto, con applicazione delle conseguenze previste ai precedenti commi 2 e 3.

Nel caso in cui, decorsi i 30 giorni dalla richiesta alla Regione di parere preventivo alla voltura, non sia stata concessa ma neanche negata, salvi i casi in cui il termine sia stato interrotto dalla richiesta di chiarimenti o di integrazioni della documentazione prodotta, l'ente gestore può perfezionare l'attività negoziale con il soggetto gestore subentrante, senza che la stipula degli stessi costituisca inadempimento al presente contratto. Tuttavia tali atti restano inefficaci ai fini del rapporto con la ASL fino a quando non venga accreditato il nuovo soggetto gestore.

Il presente contratto resta efficace sino al giorno in cui l'accredito viene volturato a favore del soggetto subentrante e l'ASL ha provveduto alla modifica del presente contratto.

L'ente gestore uscente 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 quando l'accredito non sia volturato a favore del nuovo gestore e l'ASL non abbia sottoscritto con lo stesso le modifiche al presente contratto.

ARTICOLO 11. Strutture realizzate con finanziamenti pubblici

(Per le sole unità di offerta realizzate con finanziamenti pubblici, statali o regionali, nell'ipotesi di unità d'offerta di proprietà dell'ente gestore accreditato: L'ente gestore si impegna, sino alla scadenza del presente contratto e comunque entro i termini fissati dal finanziamento, a non alienare a terzi la proprietà e i diritti reali sull'immobile relativo all'unità d'offerta accreditata e che ha costituito oggetto di finanziamento pubblico. L'ente gestore 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 comportano la risoluzione di diritto del contratto di accreditamento, ai sensi dell'articolo 1456 c.c., salvo eventuali eccezioni previste dalla normativa regionale.)

(Per le sole unità di offerta realizzate con finanziamenti pubblici, statali o regionali, nell'ipotesi di unità d'offerta di proprietà di soggetto diverso dall'ente gestore: Le parti convengono che l'alienazione a terzi della proprietà o di diritti reali sul bene immobile relativo all'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 all'ente gestore, comporta la risoluzione di diritto del contratto medesimo, ai sensi dell'articolo 1456 c.c.).

ARTICOLO 12. Controversie

Per ogni controversia che dovesse insorgere sulla interpretazione e sulla applicazione del presente contratto è competente il Foro di ...

ARTICOLO 13. Durata

Il presente contratto ha validità dal ... sino al 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.

In caso di cessazione dell'attività, corre l'obbligo per il gestore di darne preventiva comunicazione all'ASL con preavviso di almeno novanta giorni, garantendo comunque la continuità delle prestazioni per tale periodo.

ARTICOLO 14. Clausola penale

Le parti convengono che, in caso di inadempimento da parte del gestore delle obbligazioni di cui all'articolo 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 tremila.

ARTICOLO 15. Allegati

Il contratto è redatto duplice originale. L'ASL ne trasmette copia digitalizzata alla Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato della Regione Lombardia.

L'allegato relativo al ... (*budget provvisorio o annuale*) costituisce parte integrante del presente contratto. (*nel caso di ente gestore unico: allegare una scheda budget per ogni unità di offerta oggetto del presente contratto*)

ARTICOLO 16. Recepimento di disposizioni regionali e accordi applicativi

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.

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.

ARTICOLO 17. Norma di rinvio

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
DELL'ASL

IL LEGALE RAPPRESENTANTE
DELL'ENTE GESTORE

Regole e adempimenti specifici per le diverse unità d'offerta 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.

Articolo 2. Oggetto

Per CDD e CDI aggiungere:

Il Centro è aperto n. ... giorni alla settimana, dal ... al ..., ed osserva il seguente orario di funzionamento: ... (*descrizione*). Per le giornate di apertura, eccedenti i cinque giorni nella settimana, il gestore si impegna ad un aumento proporzionale dello standard minimo di personale previsto dalla normativa di accreditamento. E' ... (*prevista/non prevista*) una chiusura per le vacanze, di n. ... settimane nell'anno.

Articolo 4. Obblighi di carattere generale

Per le RSA e le RSD aggiungere:

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 alla data di ingresso.

Articolo 5. Sistema tariffario e pagamenti

Per le RSA, le RSD, CDD, CSS, CDI, Ciclo diurno continuo in riabilitazione e le Comunità per Tossicodipendenti aggiungere:

Le assenze temporanee di tutti gli ospiti, dovute a rientri in famiglia per festività, vacanze, malattie e ricoveri ospedalieri, possono essere esposte come giornate di presenza entro il limite massimo di dieci giorni, per un massimo di venti giorni annui per ospite, a condizione che venga garantito all'ospite il mantenimento dello stesso posto, che non deve essere occupato da altro utente durante il periodo di assenza.

Per le RSA e le RSD aggiungere:

Nel caso di assenza temporanea per ricovero ospedaliero la tariffa sanitaria è riconosciuta a condizione che l'ente gestore assicuri, all'ospite ricoverato, prestazioni di carattere assistenziali integrative e/o sostitutive dei famigliari. Di tali attività deve essere data evidenza nel FASAS e nelle registrazioni delle attività giornaliere.

Per i CDD, CSS e CDI aggiungere:

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.

Per i CDD aggiungere:

- 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.
- Considerando l'obbligatorietà della progettazione educativa individuale e la collegialità della stesura dei progetti di intervento che caratterizza i CDD è prevista, la remunerazione per un massimo di quattro giornate annue per le attività di programmazione delle attività educative personalizzate e per la verifica delle attività programmate. Tale remunerazione corrisponde alla media delle classi sidi degli ospiti moltiplicata per le giornate di programmazione e verifica delle attività come sopra definite. Tale remunerazione comporta che l'attività risulti chiaramente evidenziata nelle schede personali riportanti i PEI di ogni singolo ospite per i quali viene richiesta la remunerazione.

Per i CDI aggiungere:

Con riferimento alle prestazioni rese da Centri Diurni Integrati per anziani (CDI), la remunerazione corrisposta è 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, vige la seguente modalità di remunerazione: le prestazioni erogate a utenti che frequentano i CDI almeno per otto ore al giorno sono remunerate con la tariffa di € 29,60. Per gli utenti frequentanti il CDI part-time la tariffa giornaliera è abbattuta del 50% (euro 14,80).

Per le strutture di riabilitazione, le RSA, le RSD, i CDD e i CDI aggiungere:

Non possono essere pagate prestazioni per la fruizione contemporanea di più unità di offerta socio sanitarie, con esclusione di quelle di ADI e riabilitazione erogate ad utenti di CSS. Fa eccezione il caso in cui la persona assistita in RSA, RSD, CDI o CDD, a causa di un repentino deterioramento delle condizioni di salute, necessiti di prestazioni riabilitative, escluse quelle di mantenimento. In tal caso è necessario che vi sia un piano riabilitativo predisposto dal fisiatra e condiviso tra la struttura riabilitativa e la struttura socio sanitaria di provenienza dell'ospite.

Per le strutture di riabilitazione, anche coinvolte nel processo di riordino, aggiungere:

Il legale rappresentante dell'ente gestore, già accreditato e a contratto per riabilitazione in regime residenziale.....(specialistica, generale e geriatrica, mantenimento) aderisce al percorso di riordino di cui alla DGR n...../2013 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2014" e si impegna a garantire il mantenimento dei requisiti di accREDITAMENTO di cui alla DGR n.19883/2004.

È possibile utilizzare i 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.

Per quanto riguarda le visite di presa in carico (prima visita/visita generale), è 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 DGR 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% del 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, per pazienti in età evolutiva (con età inferiore ai 18 anni), si riconferma quanto riportato nella DGR n. 4438/2007 che ha stabilito in 45 minuti la durata convenzionale di una singola seduta, con la possibilità di un massimo di 2 sedute (o trattamenti) per giornata a prescindere dalla tipologia di prestazione ricevuta.

Con riguardo invece ai trattamenti ambulatoriali rivolti a pazienti adulti, potrà essere erogato e rendicontato solamente un trattamento per giornata.

La tariffazione definita nei provvedimenti regionali, con riguardo alle prestazioni ambulatoriali, 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).

Vengono remunerate le prestazioni di riabilitazione in regime diurno continuo solo effettivamente rese (remunerazione a presenza).

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, 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.

Per le unità d'offerta in cui è previsto il pagamento del ticket aggiungere:

I budget assegnati alle singole unità di offerta comprendono le entrate derivanti dall'incasso dei ticket vigenti nonché delle quote fisse aggiuntive previste dalla legge n. 111 del 15/7/2011 e definite con provvedimenti regionali.

Per le unità di offerta dell'area dipendenze aggiungere:

Nel budget di ciascuna struttura accreditata e a contratto dell'area dipendenze è compresa la remunerazione di prestazioni rese a favore di persone agli arresti domiciliari o affidati in prova in comunità terapeutiche.

ALLEGATO 1 - SCHEDA DI BUDGET

AZIENDA SANITARIA LOCALE

SCHEDA DI NEGOZIAZIONE E FORMALIZZAZIONE DEL BUDGET

Parte integrante e sostanziale del contratto sottoscritto in data

Validità dal

al

Riferimenti

STRUTTURA

Tipologia

Denominazione

Indirizzo

Comune

Codice struttura

ENTE GESTORE

Ragione sociale

Comune sede legale

Legale rappresentante

Codice fiscale

Partita IVA

POSTI/TRATTAMENTI

Autorizzati

Accreditati

A contratto

BUDGET DI PRODUZIONE

in regime residenziale o di ricovero

in regime semiresidenziale

in regime diurno

complessivo

Letto e sottoscritto

Luogo e data

DENOMINAZIONE DELL'ASL

Il Direttore Generale (o suo delegato)

ENTE GESTORE

Il Legale Rappresentante (o suo delegato)

SCHEMA TIPO DI CONTRATTO PER LA DEFINIZIONE DEI RAPPORTI GIURIDICI ED ECONOMICI TRA L'AZIENDA SANITARIA LOCALE E LE UNITÀ D'OFFERTA SOCIO SANITARIE ACCREDITATE PER L'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

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./a ... nato/a 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)*;

di seguito congiuntamente denominate Parti

Premesso che

- Regione Lombardia ha approvato un modello di domiciliarità, con l'introduzione di linee guida sul funzionamento e sull'organizzazione dell'assistenza domiciliare integrata, sul sistema di voucherizzazione, sulla definizione di profili, tariffe di remunerazione;
- l'ente gestore è abilitato all'esercizio dell'assistenza domiciliare integrata, e accreditato con Decreto n. ... del ... e iscritto nel registro regionale delle strutture accreditate istituito presso la Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato della Regione Lombardia;
- l'ASL, per l'attuazione del modello di assistenza domiciliare integrata, riconosce il ruolo svolto dagli erogatori accreditati secondo le indicazioni di cui ai provvedimenti regionali;
- l'ente gestore è disponibile e interessato a prestare i propri servizi a fronte della scelta/richiesta da parte dei soggetti beneficiari ai fini della attuazione del modello di domiciliarità approvato da Regione Lombardia;

Le Parti convengono e stipulano quanto segue:

ARTICOLO 1. Premesse

Le premesse al presente contratto costituiscono parte integrante e sostanziale dello stesso.

ARTICOLO 2. Oggetto

Il presente contratto definisce i rapporti giuridici ed economici per l'erogazione delle prestazioni di assistenza domiciliare integrata, secondo i termini e le modalità di cui all'articolato che segue.

In particolare L'ASL si impegna a remunerare l'ente gestore per le prestazioni di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) in favore dei soggetti beneficiari individuati al successivo articolo 3, con le modalità ed i tempi di cui al successivo articolo 5.

L'ente gestore garantisce le prestazioni ADI in favore dei soggetti beneficiari mediante l'impiego di proprio personale e proprie attrezzature secondo le modalità meglio specificate nel successivo articolo 4.

ARTICOLO 3. Soggetti beneficiari

I soggetti beneficiari delle prestazioni ADI erogate dall'ente gestore sono da individuarsi in persone in situazione di fragilità, nei confronti delle quali è stato emesso il relativo voucher da parte dell'ASL.

ARTICOLO 4. Obblighi dell'Ente gestore

L'Ente gestore, nello svolgimento dell'attività di cui all'articolo 2 si impegna in particolare a:

- rispettare tutti gli adempimenti previsti come requisiti per l'esercizio e l'accreditamento dalla DGR 3541/2012, come modificata dalla DGR 3584/2012 e dal DDG 6032/2012;
- prestare la propria attività solo ed esclusivamente a fronte della richiesta/scelta da parte dei soggetti beneficiari, precisando che, come previsto dalle norme sopra richiamate, non può prendere in carico persone con un Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) definito da un fisiatra di struttura riabilitativa ex articolo 26, accreditata ex DGR 19883/2004, poiché le prestazioni domiciliari previste dal PRI devono essere erogate dalla struttura riabilitativa;
- redigere il Piano di Assistenza Individuale (PAI), coerente con le risultanze delle valutazioni del bisogno effettuate dall'ASL, e mantenerlo costantemente aggiornato;
- redigere e tenere aggiornato il Diario delle prestazioni in osservanza delle prescrizioni di cui alle disposizioni regionali;
- trasmettere mensilmente (entro il giorno 10 del mese successivo al mese di riferimento) all'ASL la rendicontazione delle prestazioni effettuate e la relativa fattura, utilizzando gli strumenti di rendicontazione messi a disposizione;
- garantire la riservatezza delle informazioni riferite a persone che fruiscono delle prestazioni oggetto del contratto ed applicare al trattamento dei dati le misure previste dalle leggi in materia ed in particolare dal d.lgs. 196/2003 e s.m.i..

L'inosservanza degli obblighi di cui sopra, può costituire motivo di sospensione del pagamento del corrispettivo da parte dell'ASL.

ARTICOLO 5. Corrispettivo, modalità e termini di pagamento

A fronte dell'effettiva erogazione delle prestazioni ADI, l'ASL provvede al pagamento in favore dell'ente gestore di un corrispettivo determinato sulla base delle tariffe vigenti e delle rendicontazioni mensili ricevute.

Le Parti danno atto che il corrispettivo è determinabile e previsto in misura variabile a seconda delle richieste di erogazione di prestazioni ADI che perverranno ai sensi dell'articolo 4 e che non vi

è diritto al corrispettivo se non vi sono state richieste/scelte da parte dei soggetti beneficiari né effettive prestazioni erogate.

Le Parti danno altresì atto che l'invio della rendicontazione mensile costituisce condizione necessaria per la liquidazione ed il pagamento del corrispettivo.

In particolare, entro 60 giorni dal ricevimento del rendiconto mensile dell'attività svolta dall'ente gestore, l'ASL provvede a liquidare il corrispettivo.

Entro il termine di 30 giorni l'ASL può chiedere chiarimenti in merito al rendiconto inviato dall'ente gestore, il quale deve fornire chiarimenti ed eventuale documentazione richiesta dall'ASL entro i [...] successivi al ricevimento della richiesta.

In ogni caso l'Ente gestore non può interrompere l'erogazione delle prestazioni ADI in favore dei soggetti beneficiari.

ARTICOLO 6. Mantenimento dei requisiti, vigilanza e controlli

L'ente gestore si impegna a garantire l'erogazione delle prestazioni ADI certificando il numero, la professionalità ed il rapporto di lavoro del personale impiegato a tal fine.

L'ente gestore si impegna a comunicare tempestivamente all'ASL ogni eventuale variazione che dovesse incidere sul possesso dei requisiti o sull'organizzazione, e ad autocertificare il mantenimento degli standard di personale, nonché il mantenimento di tutti gli altri requisiti di esercizio e di accreditamento, mediante l'assolvimento del debito informativo previsto dalla normativa regionale.

Le ASL, sia quella della sede operativa accreditata che quelle degli eventuali ulteriori territori in cui opera l'ente gestore, nell'esercizio delle funzioni di vigilanza, possono assumere informazioni dirette dal personale dell'ente gestore, dai soggetti beneficiari e dai familiari di questi; possono accedere anche presso la sede dell'ente gestore alla documentazione relativa al rapporto di accreditamento o, comunque, rilevante ai fini dell'esercizio dell'attività di erogazione delle prestazioni ADI, per verificare quanto dichiarato dall'ente gestore.

Al termine di tali accessi, le ASL redigono un verbale in contraddittorio con l'ente gestore, nel quale sono indicati i motivi dell'accesso, i requisiti valutati, la documentazione acquisita dall'ASL e rappresentato sinteticamente quanto emerso dalla visita ispettiva. Il verbale viene sottoscritto dall'ASL e dal legale rappresentante dell'ente gestore o persona da lui incaricata, che può richiedere l'inserimento nel verbale di eventuali dichiarazioni. Una copia del verbale deve essere rilasciata all'ente gestore. Eventuali atti conseguenti, a carattere prescrittivo o sanzionatorio, dovranno essere adottati con provvedimenti distinti dal verbale.

Le Parti danno atto che l'esito dell'accertamento di cui sopra determina l'adozione dei provvedimenti previsti dalle linee guida regionali in materia di vigilanza e controllo sulle unità d'offerta socio-sanitarie, con gli eventuali conseguenti effetti nei confronti del presente contratto.

ARTICOLO 7. Controversie

Per ogni controversia che dovesse insorgere sull'interpretazione, applicazione, esecuzione, validità e/o efficacia del presente contratto è competente il Foro provinciale sede dell'ASL che sottoscrive il contratto.

ARTICOLO 8. Durata, rinnovo, recesso

Il presente contratto ha validità dal ... sino al ...

Prima della scadenza ed in ogni caso valutata la permanenza dei requisiti in capo all'ente gestore e le modalità di svolgimento dell'erogazione delle prestazioni ADI, e considerati gli obiettivi della programmazione sociosanitaria regionale e locale, le Parti valutano l'opportunità di negoziare i contenuti di un nuovo contratto.

In caso di cessazione dell'attività, corre l'obbligo per l'ente gestore di darne comunicazione all'ASL con preavviso di almeno 30 giorni, garantendo comunque la continuità delle prestazioni per il periodo necessario per ricollocare gli assistiti, comunque non inferiore a 30 giorni.

Il presente contratto può essere risolto nelle seguenti fattispecie:

- gravi violazioni degli obblighi previsti dal presente contratto;
- violazione degli obblighi previsti dalla DGR 3541/2012, come modificata dalla DGR 3584/2012 e dal DDG 6032/2012.

Le cause di risoluzione hanno efficacia a seguito di formale diffida, inviata con raccomandata a/r ovvero a mezzo fax o posta elettronica certificata agli indirizzi indicati al successivo articolo 10.

ARTICOLO 9. Clausola penale

Le Parti convengono che, in caso di inadempimento da parte dell'ente gestore delle obbligazioni di cui all'articolo 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).

ARTICOLO 10. Comunicazioni

Ai fini del presente contratto, le Parti convengono che le comunicazioni fra le stesse debbano avvenire per iscritto, a mezzo raccomandata a/r ovvero a mezzo fax o posta elettronica certificata ai seguenti numeri ed indirizzi:

se dirette all'ASL ...

se dirette all'ente gestore ...

ARTICOLO 11. Recepimento di disposizioni regionali e norme di rinvio

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.

Il contratto è redatto duplice originale. L'ASL ne trasmette copia digitalizzata alla Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato della Regione Lombardia.

Per ogni aspetto non disciplinato dal presente contratto si fa rinvio al codice civile e alla disciplina normativa di settore.

Letto, confermato e sottoscritto

Luogo e data

Il Legale Rappresentante dell'ente gestore

Il Legale Rappresentante dell'ASL

SCHEMA TIPO CONTRATTO D'INGRESSO

Tra

La RSA ... via ..., gestita da ... (*inserire denominazione dell'ente gestore*) iscritta nel Registro delle Persone Giuridiche della Prefettura / Camera commercio con sede legale in ..., via ... in persona del ... domiciliato per la carica ove sopra, di seguito per brevità indicato come **Ente**;

e

il/la Sig./Sig.ra ..., c.f. ..., nato/a ... il ..., residente a ... in via ..., in qualità di ..., di seguito per brevità indicato come **Ospite**;

e/o

(*da compilare solo se l'obbligazione economica è assunta in via solidale da un terzo e dall'ospite*)
il/la Sig./Sig.ra ..., c.f. ..., nato/a ... il ..., residente a ... in via ..., in qualità di ... dell'Ospite della RSA ... Sig./ra ..., c.f. ..., nato a ... il ... residente a ... in via ..., di seguito indicato per brevità come **Terzo**";

e/o

(*da compilare in caso di tutela / curatela / amministrazione di sostegno*) il/la Sig./Sig.ra ..., c.f. ..., nato/a ... il ..., residente a ... in via ..., in qualità di tutore / curatore / amministratore di sostegno dell'Ospite della RSA, Sig./Sig.ra ... c.f. ..., nato a ... il ..., residente a ... in via ..., di seguito indicato per brevità come "**tutore / curatore / amministratore di sostegno**";

si conviene e si stipula quanto segue:

1. A seguito dell'accettazione della domanda presentata unitamente alla documentazione clinica in data ..., con il presente atto il sottoscritto/a **Ospite** chiede per sé il ricovero presso la RSA (*da compilare solo se c'è un terzo coobbligato in via solidale:*) dichiarando che:

- l'obbligazione economica viene assunta in via solidale dal **Terzo** che sottoscrive il presente contratto di ingresso per accettazione e assunzione solidale delle correlative obbligazioni;
- e/o il **tutore / curatore / amministratore di sostegno** chiede in nome e per conto dell'**Ospite** l'ingresso presso la RSA in conformità al provvedimento del Tribunale di ... che si allega al presente contratto quale parte integrante dello stesso;

che è fissato in data .../.../... Eventuali ritardi all'ingresso e/o all'avvio delle prestazioni saranno disciplinati come segue (*disciplinare anche l'aspetto economico e le conseguenze sulla retta*).

L'Ente ha verificato al momento dell'ingresso che l'Ospite ha le caratteristiche e manifesta le condizioni di bisogno previste per le Residenze Sanitarie Assistenziali, assicurando per l'inserimento in struttura che la presa in carico avviene secondo criteri di appropriatezza, favorendo la continuità assistenziale e precisando che eventuali situazioni complesse saranno comunicate alla ASL o al Comune.

2. L'Ospite e/o il Terzo si obbliga / obbligano al pagamento della retta di ricovero in (*indicare le modalità*). L'Ospite e/o il Terzo dichiara / dichiarano di farsi carico inoltre delle eventuali spese sanitarie non comprese nella retta giornaliera (visite specialistiche ed esami non riconosciuti dal SSR) e delle spese personali (abbigliamento, generi voluttuari).

3. L'Ospite e/o il Terzo si impegna / impegnano altresì:

- al pagamento della somma di Euro ... pari a una mensilità (31 gg) a titolo di deposito cauzionale che sarà restituito al termine del ricovero, salvo quanto previsto dai successivi articoli 7 e 8;
- al rispetto del regolamento di ospitalità che è parte integrante del presente contratto.

4. L'Ospite e/o il Terzo prende / prendono atto del fatto che nel corso del ricovero la retta possa subire delle variazioni. L'Ente si riserva la facoltà di aumentare la retta sulla base dell'aumento dell'indice ISTAT, dei maggiori oneri derivanti dagli aumenti contrattuali del personale, dei maggiori oneri derivanti dagli adeguamenti a normative nazionali e regionali. Dette variazioni devono essere comunicate per iscritto, ai sensi del successivo art. 11, all'Ospite e/o al Terzo per iscritto almeno ... giorni prima dell'applicazione delle nuove tariffe, dando quindi allo stesso la facoltà di recedere dal presente contratto nei termini di cui all'art. 8.

5. La retta giornaliera a carico dell'Ospite e/o del Terzo è di Euro ... al netto del contributo sanitario regionale e con l'applicazione del bollo previsto dalla normativa vigente in materia. Nella retta sono inclusi i seguenti servizi: (...)

Nella retta sono esclusi i seguenti servizi che si riportano di seguito con i relativi costi (...)

Le variazioni dei suddetti costi devono essere comunicate per iscritto ai sensi del successivo art. 11.

(solo per le unità di offerta semiresidenziali precisare le modalità di trasporto da e verso il domicilio indicando gli eventuali costi aggiuntivi)

Le assenze temporanee diverse dai ricoveri ospedalieri dell'ospite sono disciplinate come segue: ... *(inserire la disciplina e le relative conseguenze economiche sulla retta)*.

A fronte del pagamento della retta l'Ente si impegna, ai sensi della normativa vigente, a mero titolo esemplificativo e non esaustivo:

- alla stipula e al mantenimento dell'assicurazione per la responsabilità civile conforme alla normativa vigente nazionale e regionale;
- al rispetto della privacy dell'ospite ai sensi del D.lgs 196/2003 e s.m.i. ;
- alla predisposizione e aggiornamento della documentazione sanitaria e socio sanitaria;
- alla diffusione della carta dei servizi.

Ai sensi dell'art. 1783-1786 c.c. l'Ente risponde:

1) quando le cose dell'ospite gli sono state consegnate in custodia;

2) quando ha rifiutato di ricevere in custodia cose che aveva, ai sensi degli artt. 1783-1786 c.c., l'obbligo di accettare.

L'Ente ha l'obbligo di accettare le carte-valori, il danaro contante e gli oggetti di valore che può rifiutarsi di ricevere soltanto se si tratti di oggetti pericolosi o che, tenuto conto dell'importanza e delle condizioni di gestione dell'RSA, abbiano valore eccessivo o natura ingombrante. L'Ente può esigere che la cosa consegnatagli sia contenuta in un involucro chiuso o sigillato.

L'Ente si impegna, in conformità alla normativa nazionale e regionale vigente, a rilasciare la certificazione della retta ai fini fiscali, per i servizi che prevedono la compartecipazione al costo da parte dell'utente, entro i tempi utili per la presentazione della dichiarazione dei redditi.

L'Ente si impegna, altresì, ad assolvere a tutti gli obblighi che, a prescindere dal richiamo nel presente contratto, derivino dalla L.R. 3/2008 s.m.i. e/o dalla normativa vigente.

6. Il pagamento della retta mensile dovrà avvenire entro e non oltre il ... giorno del mese in corso, tramite *(inserire le modalità di pagamento)*. Ogni altra modalità di pagamento diversa da quelle ordinarie predette deve essere concordata con l'Ente.

(Solo per le unità semiresidenziali: disciplinare eventuali periodi di chiusura e indicare che non sono previsti oneri a carico del contraente)

7. In caso di mancato pagamento nei termini stabiliti sopra, l'Ospite e/o il Terzo è / sono tenuto / tenuti a corrispondere gli interessi di ritardato pagamento nella misura del ... e comunque, in caso di mancato pagamento entro ... giorni dalla scadenza, il contratto si intende risolto di diritto e l'Ospite ha l'obbligo di lasciare la RSA entro ... giorni, fatto salvo il diritto dell'Ente di trattenere il deposito cauzionale a soddisfazione totale o parziale di eventuali suoi crediti nei confronti dell'Ospite e/o del Terzo ed eventualmente di agire presso le competenti sedi per il recupero dei crediti stessi.

Qualora l'ospite venga dimesso per ritardato o mancato pagamento, in ottemperanza alla normativa vigente, l'Ente si attiva affinché le dimissioni avvengano in forma assistita dal Comune o dalla ASL.

8. Qualora l'Ospite e/o il Terzo intenda / intendano recedere dal presente contratto, dovrà / dovranno dare preavviso all'Ente con comunicazione scritta almeno ... giorni prima della data determinata ed entro il medesimo termine l'Ospite deve lasciare la RSA. Il mancato rispetto del termine di preavviso comporta ... *(indicare le conseguenze economiche sulla retta)*.

In caso di decesso la retta viene calcolata come segue: *(indicare le modalità di calcolo della retta e disciplinare le eventuali restituzioni di giornate anticipate)*.

Resta fermo l'obbligo da parte dell'Ospite e/o del Terzo di corrispondere le eventuali rette arretrate e maturate fino alla data indicata nella disdetta come termine del ricovero o, in caso di ritardo nell'allontanamento dell'Ospite, fino al giorno della dimissione dello stesso.

9. L'Ente ha facoltà di recedere dal presente contratto e di dimettere l'Ospite qualora ... *(indicare le motivazioni e le conseguenze economiche sul contratto)*.

10. Il calcolo della retta decorre dalla data di ingresso dell'Ospite in RSA e fa fede quella riportata nel fascicolo socio assistenziale, salvo casi di prenotazione del posto letto per l'importo definito in € ... giornalieri.

11. Eventuali modifiche al presente contratto hanno efficacia solo ove apportate per iscritto e sottoscritte da entrambe le parti. Resta inteso che eventuali modifiche alla normativa vigente devono intendersi automaticamente recepite dal presente contratto.

12. Il presente contratto ha durata pari a ... *(indicare la durata del contratto)* e non può essere ceduto dalle parti salvo che con il consenso scritto delle stesse parti.

13. In caso di controversie sul contenuto, sulla esecuzione e sull'eventuale risoluzione del presente contratto, ivi compresi i rapporti di natura economica, è competente il Foro di ...

Letto, confermato, sottoscritto in duplice originale

..., lì ...

L'Ospite

Il Terzo

Il tutore/curatore/AdS in nome e per conto dell'Ospite

L'Ente

Le clausole indicate ai n. ... del presente atto devono intendersi conosciute ed espressamente approvate per iscritto dalle parti, ai sensi dell'art. 1341, comma 2 del c.c.

..., lì ...

L'Ospite

Il Terzo

Il tutore / curatore / amministratore di sostegno in nome e per conto dell'Ospite

L'Ente