



Regione Lombardia

LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° X / 2989

Seduta del 23/12/2014

Presidente **ROBERTO MARONI**

Assessori regionali **MARIO MANTOVANI** *Vice Presidente*
VALENTINA APREA
VIVIANA BECCALOSSI
SIMONA BORDONALI
MARIA CRISTINA CANTU'
CRISTINA CAPPELLINI
GIOVANNI FAVA

MASSIMO GARAVAGLIA
MARIO MELAZZINI
MAURO PAROLINI
ANTONIO ROSSI
FABRIZIO SALA
ALESSANDRO SORTE
CLAUDIA TERZI

Con l'assistenza del Segretario Fabrizio De Vecchi

Su proposta dell'Assessore Mario Mantovani di concerto con gli Assessori Maria Cristina Cantù e Mario Melazzini

Oggetto

DETERMINAZIONI IN ORDINE ALLA GESTIONE DEL SERVIZIO SOCIO SANITARIO REGIONALE PER L'ESERCIZIO 2015 - (DI CONCERTO CON GLI ASSESSORI CANTU' E MELAZZINI)

Si esprime parere di regolarità amministrativa ai sensi dell'art.4, comma 1, l.r. n.17/2014:

I Dirigenti Luca Merlino Mauro Agnello Enrica Mainardi Piero Frazzi Maria Gramegna
Marco Cozzoli Rosella Petrali Laura Lanfredini

I Direttori Generali Walter Bergamaschi Giovanni Daverio Roberto Albonetti

L'atto si compone di 249 pagine
di cui 241 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 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;



Regione Lombardia

LA GIUNTA

- 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;

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 sociosanitario”*;
- 30 dicembre 2009 n. 33 *“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”*;
- 24 dicembre 2013, n. 23 *“Bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2014 e bilancio pluriennale 2014-2016 a legislazione vigente”*;
- 5 agosto 2014 n. 24 *“Assestamento al bilancio 2014/2016 – I provvedimento di variazione con modifiche di leggi regionali”*;

RICHIAMATE le seguenti Deliberazioni di Giunta Regionale:

- DGR n. IX/4231 del 25.10.2012 *“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 25.10.2012 *“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 4.4.2012 *“Linee guida per l'attivazione di sperimentazioni nell'ambito delle politiche di welfare”*;



Regione Lombardia

LA GIUNTA

- DGR n. IX/3375 del 9.5.2012 "Rete regionale di prevenzione delle dipendenze - Anno 2012. Indicazioni alle ASL";
- DGR n. X/116 del 14.5.2013 "Determinazioni in ordine all'istituzione del fondo regionale a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili: atto di indirizzo";
- DGR n. X/499 del 25.7.2013 "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/856 del 25.10.2013 "Interventi a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili ai sensi della DGR 116/2013: primo provvedimento attuativo";
- DGR X/1846 del 16.5.2014 "Sviluppo di modelli per potenziare l'accessibilità ai servizi di specialistica ambulatoriale in orari ed in giornate più favorevoli ai soggetti impegnati in attività lavorative";
- DGR n. X/1980 del 20.6.2014 "Determinazioni in ordine ai requisiti di accreditamento per le attività riabilitative (a seguito di parere della Commissione Consiliare competente)";
- DGR n. X/2344 del 12.9.2014 "Determinazioni in ordine all'applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita (PMA) di tipo eterologo";
- DGR n. X/2022 dell'1.7.2014 "Determinazioni in ordine all'evoluzione delle attività innovative ai sensi delle dd.g.r. 3239/2012 e 499/2013. Fase transitoria";
- DGR n. 392/2013 del 12.07.2013 "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. 2655 del 14.11.2014 "Programma operativo regionale in materia di gravissime disabilità in condizione di dipendenza vitale, di cui al Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze Anno 2014. Prime determinazioni";
- DGR n. 2833 del 12.12.2014 "Programma operativo regionale in materia di gravi disabilità e non autosufficienza di cui al Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze Anno 2014. Ulteriori determinazioni";
- DGR n.1765 dell'8.5.2014 "Il sistema dei controlli in ambito sociosanitario: definizione degli indicatori di appropriatezza in attuazione della dgr X/1185 del 20/12/2013";
- DGR n. 2569 del 31.10.2014 "Revisione del sistema di esercizio e accreditamento delle unità d'offerta sociosanitarie e linee operative per le attività di vigilanza e controllo (a seguito di parere della Commissione consiliare relativamente all'allegato 1)";
- DGR n. 1953 del 13.6.2014 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario regionale per l'esercizio 2014 - integrazione regolamentazione assenze nei servizi residenziali e semiresidenziali area disabili e dipendenze";



Regione Lombardia

LA GIUNTA

- DGR n. 2941 del 19.12.2014 “Approvazione del documento 'Un welfare che crea valore per le persone, le famiglie e la comunità - Linee di indirizzo per la programmazione sociale a livello locale 2015-2017' ”;
- DGR n. 2942 del 19.12.2014 “Interventi a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili ai sensi della dgr 116/2013: secondo provvedimento attuativo - conferma misure avviate nel 2014 e azioni migliorative”;
- DGR n. 2960 del 19.12.2014 “Politiche regionali per il contrasto e la prevenzione della violenza nei confronti delle donne - Linee programmatiche e aree di intervento - legge regionale 3 luglio 2012, n. 11”;

VISTE:

- l'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014–2016 (Rep. N. 82/CSR del 10 luglio 2014);
- l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 5 agosto 2014 (rep. Atti. n. 98/CSR) sullo schema di decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle finanze concernente il Regolamento recante “Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera”;
- le ulteriori previsioni contenute nel Disegno di legge (A.C. 279 bis) “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato” (Legge di Stabilità 2015);

CONSIDERATO che con la presentazione del Libro Bianco sullo sviluppo del sistema socio sanitario in Lombardia, nell'ambito del processo di riordino dell'attuale sistema, è stata avviata un'importante azione di coinvolgimento, ascolto e confronto con gli attori istituzionali e gli stakeholders per la predisposizione di un primo testo normativo di revisione della legge regionale n. 33 del 30 dicembre 2009 e della legge regionale n. 3 del 12 marzo 2008;

RICHIAMATE, in particolare:

- la DGR n. X/1185 del 20.12.2013 “Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2014” e tutti i provvedimenti concernenti le Regole di Sistema per il Servizio Socio Sanitario Regionale in essa richiamati;
- la DGR n. X/2313 dell'1.8.2014 “Ulteriori determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2014”;



Regione Lombardia

LA GIUNTA

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 2015, 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 nel presente provvedimento e nei seguenti allegati:

- Allegato A) *"Integrazione sociosanitaria e sanitaria"*;
- Allegato B) *"Regole di sistema 2015: ambito sanitario"* che contiene i seguenti sub-allegati:
 - Sub-Allegato 1 *"Interventi chirurgici mono-operatore"*;
 - Sub-Allegato 2 *"Metodologie tariffe"*;
 - Sub-Allegato 3 *"Nuove Tariffe DRG 2015"*;
 - Sub-Allegato 4 *"Differenziazioni tariffarie"*;
 - Sub-Allegato 5 *"Medicina di laboratorio"*;
 - Sub-Allegato 6 *"Appropriatezza prescrittiva farmaci"*;
 - Sub-Allegato 7 *"Indirizzi sulla sperimentazione CreG"*;
 - Sub-Allegato 8 *"Tariffe 108 DRG a rischio di inappropriatazza"*;
- Allegato C) *"Regole di sistema 2015: ambito socio sanitario"*;

RITENUTO, pertanto, di approvare gli allegati di cui sopra parte integrante del presente provvedimento;

RITENUTO di dare mandato alla Direzione Generale Salute e alla Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale, Volontariato e Pari Opportunità per la puntuale applicazione di quanto disposto con il presente provvedimento;

PRESO ATTO altresì della preventiva informazione resa:

- alle OO.SS e alla Consulta della Sanità in data 17 e 18 dicembre 2014;
- alle Aziende Sanitarie Locali e alle Aziende Ospedaliere il 16 e il 17 dicembre 2014;
- ai Tavoli permanenti di consultazione di cui alla l.r. 3/2008 in data 17 dicembre 2014;

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"*



Regione Lombardia

LA GIUNTA

legislatura” e i relativi aggiornamenti approvati mediante il Documento di Economia e Finanza Regionale (DEF) di cui alla Risoluzione del Consiglio Regionale n. 27 del 9 dicembre 2014;

VISTI gli artt. 26 e 27, d.lgs 33/2013, che demandano alla struttura competente gli adempimenti previsti in materia di trasparenza e pubblicità;

RITENUTO di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia e sul sito internet della Regione Lombardia www.regione.lombardia.it;

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 2015, approvando conseguentemente i seguenti allegati, parte integrante del presente provvedimento:
 - Allegato A) *“Integrazione sociosanitaria e sanitaria”*;
 - Allegato B) *“Regole di sistema 2015: ambito sanitario”* che contiene i seguenti sub-allegati:
 - Sub-Allegato 1 *“Interventi chirurgici mono-operatore”*;
 - Sub-Allegato 2 *“Metodologie tariffe”*;
 - Sub-Allegato 3 *“Nuove Tariffe DRG 2015”*;
 - Sub-Allegato 4 *“Differenziazioni tariffarie”*;
 - Sub-Allegato 5 *“Medicina di laboratorio”*;
 - Sub-Allegato 6 *“Appropriatezza prescrittiva farmaci”*;
 - Sub-Allegato 7 *“Indirizzi sulla sperimentazione CreG”*;
 - Sub-Allegato 8 *“Tariffe 108 DRG a rischio di inappropriata”*;
 - Allegato C) *“Regole di sistema 2015: ambito socio sanitario”*;
- 2) di confermare, per l'esercizio 2015, 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;



Regione Lombardia

LA GIUNTA

3) di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia e sul sito internet della Regione Lombardia www.regione.lombardia.it.

IL SEGRETARIO
FABRIZIO DE VECCHI

ALLEGATO A

INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA E SANITARIA

1. PREMESSA

Con la Deliberazione n. 1185/2013 regole di sistema anno 2014 la Giunta regionale ha promosso e approvato un percorso di rinnovata integrazione tra le Direzioni Generali Salute e Famiglia Solidarietà Sociale, Volontariato e Pari Opportunità, da realizzarsi in stesure di piani e progetti integrati tra i livelli sanitario e sociosanitario. Presupposti di base per i lavori intrapresi è stata l'assunzione del paradigma di costruzione di percorsi di cura in un'ottica di presa in carico integrata della persona e della sua famiglia, dell'ottimizzazione non solo dei passaggi tra servizi e strutture di diversa appartenenza ma anche di ottimizzazione nei passaggi dal primo accesso alla valutazione e alla presa in carico con l'attivazione delle risposte individuate. Ulteriore tema fondamentale è stato quello dell'approccio multiprofessionale e della valutazione multidimensionale. Temi questi peraltro anche all'attenzione del tavolo nazionale per l'aggiornamento dei LEA. I risultati di tali gruppi di lavoro hanno portato alla stesura di prime proposte tecniche di Piani che, dopo gli opportuni passaggi con erogatori, esperti delle materie e parti sociali, potranno vedere nel 2015 la loro formale approvazione.

Un rinnovato percorso di integrazione sanitaria e socio-sanitaria sarà inoltre sviluppato nell'ambito della programmazione regionale in tema di promozione della salute e prevenzione, con particolare riferimento all'area della cronicità.

2. PIANI E PROGETTI

Promozione della salute e prevenzione

Il Sistema sanitario e sociosanitario concorrerà, per la parte di specifica competenza, al raggiungimento dei Macro Obiettivi definiti nel Piano Nazionale della Prevenzione 2014 – 2018 (PNP).

Il 2015 si caratterizza come un anno dove, oltre a sviluppare le aree di attività in essere, si avvieranno contestualmente azioni regionali finalizzate all'accompagnamento metodologico, al monitoraggio della appropriatezza ed alla valutazione di processo, di impatto e di risultato dei programmi che confluiranno, con diversi gradi di implementazione in un ottica di trasversalità ai Macro Obiettivi del Piano Nazionale della Prevenzione 2014 – 2018 (PNP), nel Piano Regionale della Prevenzione 2014 -2018 (PRP).

Principali obiettivi sono:

- rafforzare il processo metodologico e di programmazione, orientato alla appropriatezza professionale ed organizzativa che, a partire da una piena collaborazione fra l'area sanitaria e l'area socio-sanitaria (Dipartimenti ASSI, Dipendenze, Prevenzione Medico, Cure Primarie, ecc.), veda coinvolti presso ciascuna ASL il maggior numero di Attori istituzionali (con particolare attenzione agli Enti locali, al mondo della Scuola, del Lavoro) e altri soggetti della Comunità (Associazione, ecc.) nella elaborazione e attuazione del Piano Integrato Locale di Promozione della Salute e dei Piani Locali Prevenzione Dipendenze e per la sensibilizzazione, informazione, prevenzione e formazione in tema di Gioco d'azzardo patologico (GAP);
- migliorare gli strumenti di rilevazione qualitativa e quantitativa delle attività di prevenzione e promozione della salute realizzate nell'ambito dei PIL anche al fine di standardizzare indicatori di valutazione e validare "Buone Pratiche" da mettere a "sistema", mediante l'adesione di Regione Lombardia al sistema informativo sovra regionale "Banca dati di progetti e interventi di Prevenzione e Promozione della Salute (Pro.Sa.) - DoRS";
- definire indicatori di impatto/esito per la valutazione ed il monitoraggio dei programmi del PRP, anche in riferimento agli impatti di equità/contrasto alle disuguaglianze, migliorando l'utilizzo dei dati lombardi da fonte: "Indagine Multiscopo sulle Famiglie", "Indagine su aspetti della vita quotidiana" "Rapporto sul benessere equo e sostenibile in Italia", (anche mediante stipula di accordo con la sede regionale di ISTAT), nonché provenienti da Studi/Osservatori di area socio-sanitaria;
- incrementare ambiti di sperimentazione e sviluppo di processi innovativi di collaborazione intersettoriale in tema di promozione della salute (invecchiamento attivo e in buona salute, inclusione sociale, promozione stile di vita attivo, ecc.) mediante partecipazione ad iniziative di carattere europeo;

- sviluppare collaborazioni interdirezionali finalizzate a sostenere l'implementazione di Programmi di comunità nell'ambito dell' emanando Piano Regionale della Prevenzione in un ottica di trasversalità ai seguenti Macro Obiettivi del PNP 2014 – 2018:
 - “Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili”
 - “Promuovere il benessere mentale nei bambini, adolescenti e giovani.”
 - “Prevenire le dipendenze da sostanze e comportamenti”
 - “Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti”
 - “Prevenire gli incidenti domestici e i loro esiti”.

In tale contesto si colloca la prosecuzione 2015 dei Programmi/Attività in essere su scala regionale, attuati dalle ASL, nella cornice programmatica del PIL, mediante l'erogazione/offerta di azioni/interventi:

- Programma “Scuole che Promuovono Salute - Rete SPS Lombardia” , “LifeSkills Training Program Lombardia”, “Unplugged”
- Programma “Aziende che Promuovono Salute – Rete WHP Lombardia”
- Programmi per la Promozione dell'allattamento al seno
- Programmi per la promozione dell'attività fisica e corretta alimentazione
- Azioni/Interventi relativi alla disassuefazione del tabagismo

anche mediante il raccordo con le Reti “Città Sane” e “Health Promotion Hospitals – HPH” promosse dall'Organizzazione Mondiale della Sanità

- Programmi di screening oncologici:
 - sostegno alla adesione nei percorsi di screening;
 - miglioramento della qualità (audit e valutazione nuove tecnologie screening mammografico);
 - attivazione del percorso per lo screening della cervice uterina mediante test HPV dna per le donne 30-64.

In ambito sociosanitario: in sinergia con il rafforzamento a livello regionale e di ciascuna ASL della programmazione integrata nell'area della Promozione della Salute, saranno consolidate e stabilizzate le attività della Rete Regionale e delle Reti Locali prevenzione, sarà inoltre potenziato il coordinamento operativo e l'impatto dei programmi e delle azioni preventive afferenti ai Dipartimenti Dipendenze e ASSI. A livello regionale sarà ampliato il mandato della Rete Regionale per la Prevenzione (ora limitato all'area dipendenze), responsabile del coordinamento delle attività di prevenzione e di promozione della salute sostenute in ambito sociosanitario, coinvolgendo anche altri attori impegnati nelle azioni di educazione alla salute. La Rete Regionale per la Prevenzione dovrà inoltre occuparsi del coordinamento operativo dei programmi preventivi regionali (LifeSkillsTraining Lombardia, Unplugged ecc.).

Inoltre sarà ridefinita ed estesa la composizione del Tavolo Tecnico Regionale per la Prevenzione (TTRP), valorizzando il patrimonio di competenze professionali psico-socio-educative presenti nell'area sociosanitaria. Sarà confermata in capo all'ASL di Milano la funzione di Coordinamento Tecnico della Rete Regionale Prevenzione e del Tavolo Tecnico Regionale Prevenzione Allargato, a supporto delle funzioni programmatiche in capo alla DG Famiglia, Solidarietà Sociale, Volontariato e Pari Opportunità.

Per quanto concerne l'area della prevenzione *selettiva* ed *indicata* viene confermato che la titolarità delle azioni rimane all'Ente sanitario pubblico, anche attraverso una collaborazione con enti del privato sociale, da definirsi nelle modalità operative. Tali interventi dovranno essere programmate in modo sinergico con quanto previsto per l'Area Adolescenti, programmate altresì nell'ambito del Comitato Rete Locale prevenzione dipendenze, nel Piano Territoriale Prevenzione dipendenze e nel Piano Integrato Locale per la Promozione della Salute.

Al fine di favorire la presa in carico di pazienti con problemi alcolcorrelati, e delle loro famiglie, nell'anno 2015 i Dipartimenti delle Dipendenze promuoveranno la collaborazione con le associazioni di auto aiuto territoriale mediante la predisposizione di specifici protocolli.

Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza

Sono state elaborate linee guida per la diagnosi, il trattamento e l'assistenza dei disturbi dello spettro autistico che coinvolgeranno per la loro implementazione: i pediatri di famiglia, le aziende ospedaliere, con i loro dipartimenti materno infantili, le UONPIA, i servizi sanitari e sociosanitari territoriali, le realtà del terzo settore e non da ultimo le istituzioni scolastiche ed educative.

Le linee guida contemplano la declinazione del PDTA (Piano Diagnostico Terapeutico Assistenziale) e la definizione di priorità, di tempi, azioni e responsabilità dei diversi servizi. Di ulteriore particolare rilevanza è l'obiettivo di rendere la famiglia in grado sempre più di svolgere il proprio ruolo educativo anche in presenza di elementi che possono metterla a dura prova.

Cronicità

Fermo restando quanto già postulato relativamente ai presupposti di base (presa in carico globale, intervento pluridisciplinare, valutazione multidimensionale, continuità assistenziale ecc) che orientano l'azione delle due Direzioni Generali, la proposta tecnica di Piano identifica anche le caratteristiche delle condizioni di cronicità e di fragilità che richiedono integrazione socio sanitaria.

Temi fondamentali del Piano nell'ottica esclusiva dell'integrazione socio sanitaria sono quelli relativi a:

- promozione della salute e prevenzione delle patologie che possono portare ad uno stato di cronicità e/o fragilità, per quanto attiene la presa in carico individuale;
- modalità di valutazione del bisogno delle persone e delle loro famiglie.

Viene altresì individuata la necessità di un modello integrato di gestione delle cure (esempio disease management) che garantisca un coordinamento strutturato e multidisciplinare del processo di cura, lungo tutto il decorso della malattia, con l'utilizzo di linee guida e protocolli evidence-based e con il coinvolgimento attivo della persona/famiglia.

Particolare attenzione è posta al percorso assistenziale della persona affinché vengano attivati nelle varie fasi i setting di cura più appropriati a livello sia ospedaliero sia territoriale, ricomprendendo i diversi settori: cure primarie, riabilitazione, cure palliative, i servizi sociosanitari di lungoassistenza.

Altri temi declinati nella DGR n. 1185/2013 sono all'attenzione dei gruppi tecnici che completeranno le attività specifiche nel corso del 2015.

Cure palliative

Proseguendo il percorso di integrazione avviato in sinergia tra le Direzioni Generali Salute e Famiglia Solidarietà Sociale, Volontariato e Pari Opportunità attraverso il tavolo interdirezionale per le Cure palliative - istituito con D.d.g. Salute n.3166 dell'11 aprile 2014 - particolare interesse verrà posto ad un attento monitoraggio sullo stato di attuazione delle Reti locali di Cure palliative, finalizzato allo sviluppo omogeneo della rete assistenziale sull'intero territorio regionale in coerenza alla legge n.38/2010 e ai successivi provvedimenti attuativi nazionali e regionali. Procederanno i lavori avviati, attraverso la modalità di lavoro in sottogruppi, con particolare riferimento all'analisi e all'individuazione di un insieme appropriato di indicatori, nonché alla definizione di Regolamento tipo, quali presupposti di un efficace monitoraggio dello stato di attuazione delle Reti locali e di uno sviluppo omogeneo della Rete di Cure palliative lombarda.

Punti Nascita

Attuazione di modalità organizzative sperimentali (nelle AO e Consultori) per il processo gravidanza/parto/nascita finalizzate al miglioramento dell'efficienza e pieno rispetto della fisiologia tramite maggior spazio alla professionalità ostetrica con apertura di un ambulatorio per la gravidanza fisiologica in almeno un Punto Nascita per ogni AO e almeno nel 30% dei Consultori per ogni ASL.

ALLEGATO B

“REGOLE DI SISTEMA 2015 AMBITO SANITARIO”

Sommario

1. INQUADRAMENTO ECONOMICO: IL QUADRO DEL SISTEMA PER L'ANNO 2015	5
1.1. FINANZIAMENTO DEL SISTEMA	6
1.2. FINANZIAMENTO DELLA GESTIONE SANITARIA	6
1.3. INDICAZIONI SPECIFICHE PER LE AZIENDE DEL SISTEMA SANITARIO REGIONALE	8
1.3.1. OBIETTIVI ECONOMICI DELL'AGGREGATO COSTI BENI E SERVIZI	9
1.3.2. FARMACEUTICA E PROTESICA	10
1.3.3. AREA BILANCI	11
1.3.4. AREA CONTROLLO DI GESTIONE	13
1.3.5. AREA GESTIONE FINANZIARIA	15
1.3.6. ULTERIORI DISPOSIZIONI	18
2. LIVELLO PROGRAMMATARIO: INDIRIZZI REGOLATORI PER LE ASL E RETE DI OFFERTA	21
2.1. GOVERNO DELLA PREVENZIONE E TUTELA SANITARIA	21
2.2. SANITA' PUBBLICA VETERINARIA	25
2.3. RETE DI OFFERTA OSPEDALIERA	27
2.3.1. INDIRIZZI PER L'ACCREDITAMENTO, NEGOZIAZIONE E STIPULA DEI	29
CONTRATTI CON GLI EROGATORI	29
2.3.1.1. LINEE PROGRAMMATORIE GENERALI REGIONALI PER LA NEGOZIAZIONE E I CONTRATTI. 29	
2.3.1.2. PROGRAMMAZIONE TERRITORIALE DELLE ASL E METODO DI NEGOZIAZIONE	32
2.3.2. REVISIONE DEL SISTEMA TARIFFARIO	35
2.3.3. ASPETTI RELATIVI AL RIORDINO DELLA RETE DI OFFERTA	36
2.3.3.1. REGOLAMENTO STANDARD OSPEDALIERO E RIORDINO DELLE ALTA SPECIALITÀ	38
2.3.3.2. RIORDINO DELLA RETE DEI SERVIZI DI MEDICINA DI LABORATORIO (SMEL) DELLE STRUTTURE PUBBLICHE	39
2.3.3.3. SOGLIE DI ACCREDITABILITÀ E SOTTOSCRIVIBILITÀ CONTRATTI PER STRUTTURE OSPEDALIERE PRIVATE	39
2.3.3.4. PUNTI NASCITA E RETE MATERNO INFANTILE	40
2.3.3.5. ASPETTI RELATIVI ALLE RETI DI PATOLOGIA	41
2.3.3.6. SISTEMA TRASFUSIONALE E DEI TRAPIANTI	45
2.3.4. POLITICHE DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	47
2.3.4.1. MODELLI ORGANIZZATIVI RELATIVI ALLA GESTIONE DEL FARMACO	48
2.3.5. RISK MANAGEMENT	49
2.3.6. PROGRAMMA DI MIGLIORAMENTO CONTINUO	52
2.3.6.1. SVILUPPO DEL PROGRAMMA INTEGRATO DI MIGLIORAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE (P.I.M.O) 52	
2.3.6.2. PIANO DELLE PERFORMANCE	53

2.3.6.3.	PERFORMANCE ASL NELL'AREA PREVENZIONE	53
2.3.6.4.	INTERNAL AUDIT.....	54
2.3.6.5.	QUALITA' DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA	54
2.3.6.6.	SVILUPPO DELLA FUNZIONE DI HTA	55
2.4.	EMERGENZA URGENZA E REGOLAMENTAZIONE DEGLI ACCESSI IN PRONTO	56
	SOCCORSO.....	56
2.5.	RETE DI OFFERTA TERRITORIALE	57
2.5.1.	INDIVIDUAZIONE AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI (AFT).....	57
2.5.2.	POLITICHE SUL GOVERNO DEL FARMACO E SULL'ASSISTENZA PROTESICA.....	57
2.5.3.	APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA NELL' AMBITO DELL'ASSISTENZA FARMACEUTICA.....	57
2.5.4.	INDENNITA' FARMACIE RURALI.....	59
2.5.5.	PRESIDI OSPEDALIERI TERRITORIALI (POT) E CENTRI SOCIO SANITARI TERRITORIALI (CSST)	59
2.5.6.	PIANO DELLA CRONICITÀ.....	60
2.5.7.	ESTENSIONE DEL PROGETTO CREG	60
2.5.8.	INTERVENTI DI TUTELA DELLA SALUTE MENTALE	62
2.6.	GOVERNO DEI FATTORI PRODUTTIVI NELLE AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE.....	68
2.6.1.	PIANI DI ORGANIZZAZIONE AZIENDALE (POA)	69
2.6.2.	POLITICHE DEL PERSONALE	69
2.6.2.1.	GRADUATORIE, MOBILITA' E CONCORSI	72
2.6.3.	POLITICHE DEGLI ACQUISTI E SISTEMI DI VERIFICA E TRASPARENZA.....	77
2.6.4.	INVESTIMENTI.....	84
2.6.5.	COMMISSIONE PER LE TECNOLOGIE SANITARIE	84
2.6.6.	COSTITUZIONE FONDO REGIONALE DERIVANTE DA ECONOMIE E UTILIZZO.....	85
	DELLA VOCE IMPREVISTI.....	85
2.6.7.	COSTITUZIONE FONDO DI RISERVA PER RIFINANZIAMENTO DEGLI INTERVENTI	85
2.6.8.	GESTIONE TECNICO-AMMINISTRATIVA DEGLI INTERVENTI DI EDILIZIA	85
	SANITARIA.....	85
2.6.9.	INTERVENTI FINALIZZATI ALLA RAZIONALIZZAZIONE DELLE SEDI	86
2.7.	RICERCA E INNOVAZIONE	88
2.7.1.	SISTEMA BIBLIOTECARIO BIOMEDICO LOMBARDO SBBL.....	88
2.7.2.	RICERCA	88
2.7.3.	SPERIMENTAZIONI GESTIONALI PUBBLICO-PRIVATO.....	89
2.7.4.	COOPERAZIONE INTERNAZIONALE.....	90
2.7.5.	SPERIMENTAZIONE CLINICA	90
2.7.6.	COMITATO CONSULTIVO PER I COMITATI ETICI.....	91

3.	EQUITÀ, TRASPARENZA E SEMPLIFICAZIONE	92
3.1.	POTENZIAMENTO DEI FLUSSI INFORMATIVI	92
3.2.	SISTEMA DEI CONTROLLI	94
3.2.1.	AREA AMMINISTRATIVA	94
3.2.1.1.	RIDUZIONE DELLE PROROGHE DEI CONTRATTI DI APPALTO / RINNOVO.....	94
3.2.1.2.	VINCOLI RELATIVI ALLE PROCEDURE NEGOZiate PER PRODOTTI ESCLUSIVI.....	95
3.2.2.	AREA DEL GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA	96
3.2.3.	CONTROLLI, APPROPRIATEZZA E MONITORAGGIO	97
4.	MIGLIORAMENTO DEI SERVIZI PER CITTADINI E PAZIENTI.....	103
4.1.	ATTIVITA' VOLTE ALLA SEMPLIFICAZIONE	103
4.1.1.	ATTIVAZIONE RICETTA ELETTRONICA.....	103
4.1.2.	PRENOTAZIONI E PAGAMENTI.....	103
4.1.3.	LIBRETTO SANITARIO ELETTRONICO DELLO SPORTIVO.....	105
4.1.4.	CUSTOMER SATISFACTION	106
4.1.5.	PREVENZIONE E VETERINARIA.....	106
4.2.	MISURE PER IL MIGLIORAMENTO DELL'EQUITA' E DELLE PRESTAZIONI A FAVORE DEI CITTADINI 108	
4.2.1.	FORNITURA DISPOSITIVI MEDICI PER ALCUNE PATOLOGIE	108
4.2.2.	FARMACI PER MALATTIE RARE	109
4.2.3.	RINNOVO ESENZIONI TICKET DA REDDITO	110
4.2.4.	ODONTOIATRIA SOCIALE	111
4.2.5.	PAZIENTI ONCOLOGICI.....	111
5.	L'ASSISTENZA E LA TUTELA SANITARIA NELL'AMBITO DI EXPO 2015.....	113

1. INQUADRAMENTO ECONOMICO: IL QUADRO DEL SISTEMA PER L'ANNO 2015

Il contesto normativo e lo scenario nazionale di riferimento per la definizione del quadro di sistema e delle fonti di finanziamento per l'anno 2015 si delinea come segue:

- In data 10 luglio 2014 è stata approvata l'Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2013 n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016. Tale documento fissa per l'esercizio 2015 le risorse per il finanziamento del SSN ai fini della realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica pari a 112.062.000.000 di Euro;
- Il DDL Stabilità in corso di approvazione al comma 2 dell'art.39 "Attuazione del Patto della Salute 2014-2016", conferma il livello del finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale a cui concorre lo Stato per l'esercizio 2015 nell'entità citata al precedente capoverso, fatte salve eventuali rideterminazioni che potranno essere recepite entro il 31 gennaio 2015 così come stabilito dall'art. 35 comma 1.

La quantificazione delle risorse destinabili al finanziamento del S.S.R. del 2015 ha tenuto conto di uno scenario che al momento non può fornire garanzie di solidità programmatica stante l'incertezza della effettiva entità delle risorse che, pertanto, si è proceduto a determinare in modo prudenziale ai fini della programmazione delle attività della gestione socio-sanitaria per l'esercizio 2015, demandando a successivi provvedimenti eventuali ulteriori modifiche e/o integrazioni, anche alla luce degli emanandi provvedimenti a livello nazionale in attuazione del nuovo Patto della Salute. In particolare nella determinazione delle risorse si è proceduto ad apportare una decurtazione pari a circa l'1% sul finanziamento 2014 determinato a livello nazionale in 109.928.000.000 di Euro e non si è tenuto conto dell'incremento previsto dal Patto della Salute sopra evidenziato in 112.062.000.000 di Euro che peraltro nel d.d.l. di stabilità viene individuato come un livello di risorse adeguato ad erogare le prestazioni ed i LEA in condizioni di efficienza e di appropriatezza.

Dalle fonti e considerazioni sopra citate è derivata una quantificazione delle risorse per il finanziamento del Servizio Sanitario Regionale per il 2015 che ha determinato in euro **17.569** milioni la quota del FSR indistinto, comprensivo del saldo delle risorse destinate al riconoscimento delle prestazioni per cittadini di altre regioni e in euro **340** milioni la quota del finanziamento per spese vincolate, per un totale di euro **17.909** milioni. In relazione a quanto stabilito dal patto della salute art.1) commi 5 e 6), in sede di riparto definitivo 2015 sarà necessario procedere ad una parziale riclassificazione, isorisorsa, tra finanziamento per spese vincolate a finanziamento indistinto.

Tali importi trovano corrispondenza nel Bilancio di previsione regionale per l'esercizio 2015, come definito nella proposta progetto di legge n. 211 approvato dalla Giunta lo scorso 27 ottobre e licenziato dalla Commissione Bilancio in data 9 dicembre u.s..

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

- l'accesso alle risorse del finanziamento del servizio sanitario nazionale a cui concorre lo Stato è sottoposto alla verifica positiva degli adempimenti regionali, a legislazione vigente, nelle modalità già definite, ed è relativa 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.

1.1. FINANZIAMENTO DEL SISTEMA

Le risorse del FSR corrente 2015 da destinare, con successivi provvedimenti della Giunta Regionale e delle Direzioni Generali competenti, sono definite nei seguenti importi:

- 1.706 mln/E per il finanziamento dell'Assistenza socio-sanitaria integrata, comprese le spese dirette regionali;
- 78,46 mln/E per il finanziamento dell'ARPA (Agenzia Regionale per la Protezione dell'Ambiente);
- 11,4 mln/ E per il finanziamento dell'ARCA (Agenzia Regionale Centrale Acquisti);
- 16.113,14 mln/E per il finanziamento della Gestione Sanitaria.

1.2. 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 16.113,14 milioni di euro:

RISORSE PER INTERVENTI DIRETTI REGIONALI per un totale pari a 1.661,97 milioni di euro :

- fino a **246,97** milioni di Euro per far fronte alle spese dirette regionali sostenute per conto del SSR, nonché la prosecuzione delle progettualità del Sistema sanitario già attivate negli scorsi anni. Sono comprese le spese relative all'informatizzazione del sistema sanitario, per le quali è stabilito un tetto pari a 152 milioni di Euro;
- fino a **897** milioni di Euro per funzioni non tariffate delle **strutture erogatrici pubbliche e private**, così suddivise: fino a 155, 5 milioni di Euro agli erogatori privati e 741,5 milioni di Euro per gli erogatori del comparto pubblico comprese le risorse per la tenuta dei registri tumori, da definirsi con successivo provvedimento della 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;
- **518** milioni di Euro relativamente al saldo di mobilità calcolato in via previsionale in attesa dei provvedimenti nazionali di riparto delle risorse per l'anno 2015. 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) nonché della mobilità passiva internazionale come da matrice inviata dal coordinamento della mobilità sanitaria del 4 dicembre 2014 in attesa della validazione definitiva della Commissione Salute e dei Presidenti. 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. 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 **14.451,17** milioni di euro da ripartire tra le Aziende Sanitarie, secondo le modalità di seguito indicate, 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 2015, in relazione ai 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 **7.560** milioni di euro così composto : ricoveri euro 5.302 milioni comprensivo della mobilità passiva internazionale pari a 25 milioni di Euro , specialistica ambulatoriale euro 2.200 milioni (comprensiva delle risorse per la stabilizzazione dell'operazione 'ambulatori aperti'), 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 2015 ammontano a 199,3 milioni di €, di cui 62,3 milioni di € per i soggetti privati.
2. **Macroarea delle prestazioni di assistenza farmaceutica, medicina di base, psichiatria e neuropsichiatria infantile** per un totale di 4.235,38 milioni di euro :
 - a. fino a **2.927,17** milioni di euro viene definito il tetto regionale complessivo per la spesa farmaceutica territoriale e ospedaliera. Per il 2015 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% 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 % del finanziamento. Gli obiettivi specifici alle singole ASL e alle Aziende Ospedaliere saranno determinati contestualmente agli obiettivi economici;
 - b. fino a **880** milioni di euro per le attività di medicina territoriale di base, compreso il finanziamento delle indennità per l'apertura degli studi medici 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 **340** milioni di € da destinare a piani regionali, alla ricerca, ECM, formazione e ai progetti obiettivo di interesse nazionale e regionale. Il valore è definito in via presuntiva sulla base del riparto 2014;
4. **Macroarea delle risorse per l'attuazione degli obiettivi di PSSR** fino **793** milioni di Euro, così suddivisi:
 - a. per dare attuazione agli obiettivi PSSR e l'implementazione dei percorsi ospedale territorio fino a **523** milioni di euro;

- b. fino a **80** milioni di Euro per la remunerazione delle prestazioni sanitarie a favore dei dimessi dagli ex OP;
- c. fino a **40** milioni di Euro per la remunerazione dell'assistenza penitenziaria da assegnare alle aziende ospedaliere e Irccs secondo competenza;
- d. 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

- a. Fino a **1.094** milioni di Euro da destinare alle attività dei Dipartimenti Veterinari, Prevenzione, Pac, e altre attività territoriali comprese le risorse per l'attuazione dei CREG;

6. Macroarea EE.UU:

Fino a **232** 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 **190** 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 **40** milioni di euro, da assegnare in relazione ai maggiori oneri di gestione;

Il finanziamento di parte corrente 2015 sarà assegnato ad ogni singola Azienda Sanitaria con atto del Direttore Generale Salute, sentiti il Direttore Generale Famiglia, solidarietà sociale, volontariato e pari opportunità (per le sole ASL) 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.

1.3. INDICAZIONI SPECIFICHE PER LE AZIENDE DEL SISTEMA SANITARIO REGIONALE

Razionalizzazione della spesa ed efficientamento del Sistema

Richiamato il principio stabilito dal Patto della Salute 2014-2016 in relazione alla necessità di garantire e potenziare il sistema di governance della sanità anche al fine di assicurare la sostenibilità della spesa nell'ambito dell'erogazione qualitativa dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza), si rende necessario proseguire l'azione di efficientamento e razionalizzazione della spesa del sistema sanitario lombardo definendone gli obiettivi e le modalità.

Regione Lombardia proseguirà nell'attività di revisione della spesa per beni e servizi attraverso una verifica puntuale delle migliori esperienze d'acquisto e una nuova organizzazione della funzione acquisti ancor più indirizzata verso una maggiore efficienza, coordinamento e trasparenza delle procedure di acquisto.

Gli enti sanitari dovranno proseguire nel percorso di miglioramento della capacità contrattuale/negoziabile oltre che valorizzando i tempi di pagamento mediamente in riduzione attraverso l'utilizzo delle comparazioni a livello di consorzio, regionale e nazionale dei dati storici sulla spesa, in particolare per quanto riguarda farmaci e dispositivi medici.

In relazione all'analisi della spesa prosegue il percorso intrapreso nel corso dell'esercizio 2014 in ordine alla necessità di uniformare la rappresentazione della stessa attraverso l'applicazione di modalità omogenee di classificazione dei fattori produttivi nell'ambito dei bilanci delle aziende sanitarie per una corretta e appropriata rappresentazione nonché per favorire il monitoraggio anche attraverso l'introduzione di specifici indicatori utili a garantire il confronto tra aziende del sistema, il rispetto degli obiettivi per il mantenimento dell'equilibrio di bilancio.

In particolare, si evidenzia che i fenomeni di crescita più rilevanti, in termini di assorbimento di risorse per il sistema nell'esercizio 2015, sono attribuibili all'introduzione di nuovi farmaci per la cura dell'HCV, dei farmaci per cure innovative e al completamento dal punto di vista gestionale di nuovi ospedali e che pertanto tali maggiori fabbisogni devono essere resi sostenibili anche attraverso misure di razionalizzazione dei costi riguardanti tutti gli altri fattori produttivi.

1.3.1. OBIETTIVI ECONOMICI DELL'AGGREGATO COSTI BENI E SERVIZI

Sulla base di quanto sopra descritto e con particolare riferimento all'aggregato di spesa Beni e Servizi si precisa che gli obiettivi economici delle singole Aziende Sanitarie Pubbliche saranno declinati a partire dai dati derivanti dal Preconsuntivo 2014.

L'assegnazione dell'obiettivo economico dei beni e servizi (B&S) terrà conto:

- delle diverse tipologie di azienda (ASL, AO, IRCCS);
- della disaggregazione dei costi di B&S per aree omogenee;
- della correlazione dei costi di B&S con il livello di produzione e con la struttura dei costi aziendali;
- di una riduzione media di sistema pari al 1,7% (minima 0,8%, massima 2,5%) per le AO e IRCCS e pari all'1% di sistema (minima 0,5%, massima 1,5%) per le ASL.

La definizione delle classi omogenee di spesa di B&S è così definita:

- **per le AO e gli IRCCS:**
 1. Area Dispositivi Medici con repertorio CND;
 2. Area Altri Beni Sanitari (escluso i dispositivi medici, i farmaci file f, doppio canale e primo ciclo e per le sole aziende interessate i farmaci HCV);
 3. Area Beni e Servizi non sanitari e servizi sanitari da terzi: per quanto riguarda l'area dei servizi non sanitari e service appaltati a terzi è essenziale la verifica dei parametri di riferimento e ricondursi a delle tipologie di capitolati standardizzati e lineari che possano facilitare il processo di acquisizione e rendere comparabili e leggibili le diverse voci di costo. In particolare si precisa che da tale area verranno esclusi i costi relativi a consulenze, collaborazioni incarichi interinali e altre prestazioni di lavoro, che ricadono, più coerentemente, nell'ambito della spesa per il Personale;

Si precisa che, in relazione ai nuovi ospedali, la classe Beni e Servizi non sanitari e servizi sanitari da terzi verrà valutata tenendo conto dei costi per servizi gestiti nell'ambito dei project financing.

- **per le ASL:**

1. Area Beni e Servizi a gestione diretta.

DEFINIZIONE DEI CRITERI DI RIDUZIONE

Per ogni singola azienda verrà definito un obiettivo che, per le classi di spesa omogenee di B&S sopra evidenziate, terrà conto:

- del trend degli ultimi tre anni correlato al livello di produzione e ai costi totali di produzione
- del benchmarking con le altre aziende del sistema.

La sommatoria degli obiettivi delle singole classi costituirà l'obiettivo di riduzione della spesa per beni e servizi dell'esercizio 2015 e verrà valutato in sede di obiettivi dei Direttori Generali.

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.

Più in generale 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 del bilancio basato su percorsi di razionalizzazione della spesa a livello aziendale di natura strutturale.

1.3.2. 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.

All'interno dell'attuale quadro normativo nazionale e nei limiti della complessiva compatibilità di sistema e del rispetto del tetto complessivo dell'11,35% previsto per la farmaceutica territoriale e alla luce di quanto disposto a livello nazionale, per l'anno 2015 l'obiettivo per la spesa farmaceutica territoriale, comprensivo sia di farmaceutica convenzionata sia di doppio canale, verrà definito per ogni ASL tenendo conto:

- dell'effetto delle manovre nazionali sui prezzi e della promozione dei farmaci equivalenti;
- delle azioni messe in campo sullo stesso tema dalle ASL nel corso del 2014;
- delle disposizioni di cui alla DGR N° X/2566 del 31/10/2014.

L'eventuale risparmio rispetto all'obiettivo definito nei decreti di assegnazione 2015 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), considerati i bisogni assistenziali sia in termini di incidenza epidemiologica che di scelta terapeutica appropriata, per l'anno 2015 sono assegnate risorse pari all'importo sostenuto nell'anno 2014, 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 2015, quanto disposto dalla DGR n. 4334/2012 che ha stabilito il superamento della previsione, contenuta nella DGR n. 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 2015 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 2015 la corretta rendicontazione in File F (tipologia 15) della nota di credito/rimborso alla struttura erogatrice dei rimborsi di *risk-sharing*.

Farmaci per HCV

Relativamente alla tipologia 18 del File F, di cui ai nuovi farmaci per il trattamento dei pazienti affetti da HCV, richiamata la nota regionale prot. n. H1.2014.0039282 del 10/12/2014, si conferma che tale spesa partecipa alla determinazione del tetto della farmaceutica territoriale, come da disposizioni nazionali.

Ciò premesso, considerati i bisogni assistenziali sia in termini di incidenza epidemiologica che di scelta terapeutica appropriata sulla base dei criteri di eleggibilità stabiliti da AIFA, per l'anno 2015 saranno assegnate risorse ai singoli centri erogatori sulla base anche delle valutazioni condivise con la DGS, calcolati sugli assistiti lombardi. Per gli assistiti fuori Regione, in attesa delle decisioni della Conferenza Stato-Regioni, le strutture prescrittrici in via prioritaria dovranno valutare la possibilità che l'ASL di residenza dell'assistito lo prenda in carico al fine di garantire la continuità erogativa.

E' obiettivo dei Direttori Generali delle strutture individuate monitorare e governare tale voce di spesa nel rispetto delle risorse assegnate.

Protesica e assistenza integrativa

In materia di assistenza protesica e integrativa, per l'anno 2015 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 2014 oltre alle attivazioni di procedure pubbliche di acquisto aggregate. A partire dal corrente esercizio verranno introdotti indicatori per omogenee aree di spesa all'interno della classe spesa protesica ed integrativa al fine di iniziare un percorso di confrontabilità della spesa procapite.

1.3.3. AREA BILANCI

Alla luce di quanto delineato nel quadro di sistema in relazione alla ancora non ben definita entità di risorse utili alla programmazione della spesa sanitaria, si definisce "ponte" il bilancio preventivo per l'esercizio 2015. Tale definizione è resa non tanto in relazione alle risorse che verranno rese disponibili per le aziende sanitarie ma quanto per eventuali ulteriori politiche di sistema che potranno essere ulteriormente messe in atto a seconda del livello effettivo delle risorse disponibili e/o ad ulteriori manovre di razionalizzazione

della spesa che si renderanno eventualmente necessarie in seguito ai preannunciati provvedimenti nazionali in attuazione del Patto della Salute, che saranno oggetto di eventuali successivi provvedimenti.

Ai sensi della normativa vigente il bilancio preventivo deve garantire l'equilibrio economico finanziario. Il Bilancio preventivo 2015, esecutivo, ha carattere autorizzatorio e diviene lo strumento aziendale per garantire il perseguimento degli obiettivi di equilibrio economico secondo le linee programmatiche aziendali e di sistema, in quanto attuativo delle linee di indirizzo definite. Stante la rilevanza di tale processo il percorso di approvazione dei bilanci preventivi 2015 verrà effettuato a seguito di incontri specifici con le aziende.

I Bilanci preventivi economici anno 2015 dovranno essere approvati in base alle disposizioni del Decreto Legislativo n. 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 continuità con gli esercizi precedenti, in sede di Preventivo, 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, anche in relazione alla necessità di perseguire obiettivi di stabilizzazione e contenimento dei costi.

Pertanto nei decreti di assegnazione delle risorse per l'anno 2015 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 particolare, per l'esercizio 2015, è richiesto un sempre maggior coinvolgimento del Collegio Sindacale nelle varie fasi che accompagnano il processo di bilancio e di revisione dei processi aziendali per una maggior ottimizzazione delle risorse. In particolare si intende perseguire, anche attraverso momenti di confronto con i componenti dell'organismo di revisione, un rafforzamento del ruolo dei Collegi Sindacali nelle seguenti direzioni:

- Verifica di una coerente e corretta allocazione delle risorse in fase di Preventivo;
- Monitoraggio della spesa infrannuale a garanzia del rispetto degli obiettivi economici assegnati e dell'equilibrio di bilancio da rendere in sede di Certificazione Trimestrale avvalendosi anche del supporto degli uffici controllo di gestione;
- Attività di audit l'avvio da parte dell'Azienda Sanitaria di un processo di ottimizzazione delle risorse, anche attraverso l'individuazione di precise aree di spesa e/o di attività da mettere sotto controllo e attraverso la formulazione di indirizzi in merito;
- Verifica del corretto utilizzo dei contributi e del rispetto delle finalità previste in sede di assegnazione.

Si confermano i seguenti indirizzi:

Utilizzo 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 2015 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.

In particolare in relazione ai contributi assegnati per progettualità anni precedenti verrà effettuata una puntuale ricognizione anche in relazione al rispetto del loro utilizzo secondo le finalità previste in sede di assegnazione.

Nel corso dell'esercizio 2015 verranno introdotte particolari attività di verifica e regolarizzazione in materia di bilancio di cui è meglio precisato nella successiva area riguardante l'Attuazione del D.lgs. 118/2011 e s.m.i.

Le linee operative per l'assegnazione del finanziamento delle aziende sanitarie per l'anno 2015 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, volontariato e pari opportunità.

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., come ribadito nel nuovo Patto della Salute, sono tenuti a rispettare puntualmente i tempi di invio dei flussi economici e ad attenersi scrupolosamente alle linee guida in materia contabile che verranno emanate dalle Direzioni Generali Salute e Famiglia, solidarietà sociale, volontariato e pari opportunità.

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.

1.3.4. AREA CONTROLLO DI GESTIONE

Per l'anno 2015, nell'ottica di poter disporre di previsioni di pre-chiusura più accurate e coerenti con i tempi di tale attività, si prevede di utilizzare i dati provenienti dalla Co.An. nel processo decisionale, in modo da anticipare le informazioni e fornire la possibilità di adottare eventuali azioni correttive per il mantenimento dell'equilibrio economico.

A tal fine si rende necessario anticipare i tempi per la ricezione dei dati da parte della Regione e introdurre nuove regole per l'invio degli stessi. Con apposite comunicazioni saranno rese note le scadenze per l'invio dei dati tramite l'apposito portale regionale sul Controllo di Gestione.

In quest'ottica verranno introdotte a partire dall'anno 2015 nuove regole per la quadratura dei flussi di contabilità analitica con la contabilità generale, sia a livello trimestrale (quadratura Flusso Co.An. con i CET) che annuale (quadratura Flusso Co.An. con il Bilancio Consuntivo).

Verranno ulteriormente sviluppate nell'anno 2015 le analisi di comparazione dei costi, per le classi omogenee di spesa di B&S, precedentemente definite nel paragrafo obiettivi economici dell'aggregato costi Beni e Servizi. In particolare verrà confrontata, attraverso indicatori, la composizione della spesa delle aziende e verranno analizzate puntualmente le diverse voci di spesa.

Per le Aziende Ospedaliere e per le Fondazioni I.R.C.C.S. multipresidio, a partire dall'anno 2015, si amplieranno le valutazioni di performance a livello di singolo Presidio aziendale. In particolare verranno raffrontati i ricavi da produzione rispetto ai costi e l'andamento della spesa per l'acquisizione di beni e servizi.

Proseguirà nell'anno 2015 l'analisi relativa al processo di lavorazione e validazione sangue, che sarà richiesta periodicamente tramite la compilazione di apposito form, volta a conoscere la struttura dei ricavi e dei costi dei SIMT e di altri processi trasversali che impattano sull'Azienda Ospedaliera nel suo complesso. La DG Salute valuterà l'opportunità di creare un apposito centro di costo standard dedicato in cui allocare i soli costi relativi alle attività di validazione sierologica e NAT, di lavorazione, di handling (validazione ed etichettatura) e di compensazione e controllo qualità.

Attuazione del D.lgs. 118/2011 e s.m.i.: armonizzazione dei sistemi contabili regionali e certificabilità Bilanci (PAC)

Nel corso del 2015, come naturale sviluppo dell'anno precedente, continueranno i percorsi previsti dalla casistica applicativa per:

- l'armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio della Regione e delle Aziende Sanitarie Pubbliche;
- l'adempimento dell'obbligo del percorso triennale della certificabilità dei bilanci delle Aziende Sanitarie Pubbliche.

Armonizzazione dei sistemi contabili regionali

Nel corso del 2015, in continuità con le regole dell'esercizio precedente, saranno recepite indicazioni relative:

1. al continuo 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 (GSA);
2. alla circolarizzazione dei crediti e debiti riguardanti le assegnazioni correnti e per investimenti tra la GSA e le Aziende Sanitarie Pubbliche per gli anni 2012, 2013 e 2014;
3. alla definizione di un modello per la ricostruzione e la circolarizzazione dei crediti e debiti tra le Aziende Sanitarie Pubbliche e dei crediti e debiti tra la GSA e le Aziende Sanitarie Pubbliche per gli anni 2011 e precedenti;
4. all'attuazione delle disposizioni integrative e/o sostitutive dei decreti di casistica applicativa del D.lgs. 118/2011 demandando, eventuali attuazioni, a successivi provvedimenti.

Applicazione del Piano Attuativo della Certificabilità dei Bilanci

Nel corso del 2015, in seguito all'approvazione da parte ministeriale (Mef e Min.Sal.) dell'aggiornamento del piano regionale dei Percorsi Attuativi della Certificabilità (PAC regionale), saranno recepite indicazioni relative:

1. al *termine* del percorso di certificabilità, che ha un orizzonte temporale di 36 mesi a decorrere dalla data di approvazione da parte del Tavolo di verifica Adempimenti;
2. alle *modalità* e al *percorso* di attuazione dei PAC aziendali approvati mediante la declinazione e la redazione di una serie di "sotto azioni" specifiche e relative scadenze che rappresenteranno l'impegno che ciascuna Azienda assumerà con Regione Lombardia per raggiungere la certificabilità dei propri bilanci;
3. alle *modalità* di discussione e approvazione dell'intero percorso, di ciascuna Azienda, da parte della DG Salute della Regione Lombardia;
4. alle modalità di coordinamento e monitoraggio dello svolgimento delle azioni da parte delle diverse aziende.

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

1.3.5. AREA GESTIONE FINANZIARIA

In relazione a quanto indicato nel DDL Stabilità 2015 in corso di approvazione all'art.42: *“Misure per favorire il trasferimento delle risorse da parte delle regioni agli enti del Ssn”* si precisa che, a decorrere dall'anno 2015, la percentuale del 90% è rideterminata al valore del 95% e la restante quota deve essere erogata al SSR entro il 31 marzo dell'anno successivo tenuto conto delle indicazioni sopra definite.

I saldi saranno erogati anche 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.

Pertanto sulla base di quanto premesso, a partire dal corrente esercizio vengono elevate le percentuali di trasferimento infra-annuale da Regione e conseguentemente è richiesto a tutti gli attori del sistema per quanto di competenza di elevare le quote di acconto agli erogatori e a questi ultimi di procedere conseguentemente con i propri fornitori.

E' fatto obbligo di richiamare le Aziende Sanitarie Locali al massimo rispetto nel garantire modalità e tempi di pagamento in linea con le regole regionali. Nel corso dell'esercizio verranno introdotti sistemi di verifica per il rispetto di quanto precisato. Eventuali oneri legati all'utilizzo di anticipazione di tesoreria da parte degli erogatori pubblici per ritardi e/o parziali erogazioni da parte delle asl verranno valutati in sede di obiettivo dei Direttori Generali.

Sempre al fine di una puntuale gestione finanziaria si richiama l'attenzione degli uffici ragioneria delle aziende sanitarie a verificare in corso d'esercizio che vengano inoltrate con la dovuta puntualità le istanze relative agli smobilizzi dei contributi in conto capitale anche al fine di evitare un inappropriato utilizzo della cassa corrente che non potrà più essere garantita a supporto di tale tipologia di pagamenti.

Trasferimenti da Regione alle Aziende Sanitarie pubbliche

I trasferimenti da Regione alle Aziende Sanitarie pubbliche avverranno attraverso acconti mensili, dove:

- per le Aziende Sanitarie Locali saranno commisurati al reale fabbisogno del proprio territorio. La determinazione degli acconti, inoltre, sarà calcolata 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; tale saldo sarà quantificato sulla base dei flussi di attività resi disponibili da un sistema messo a punto a livello regionale che consente la rilevazione dei dati effettivi di produzione/consumo delle singole aziende. Tali dati consentiranno, anche, la tempestiva rilevazione dei debiti/crediti tra ASL per la mobilità intraregionale.
- per le 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.

Gli acconti verranno calcolati tenendo conto degli effetti dei costi non monetari quali la mobilità passiva extraregionale e internazionale (per le sole ASL) e gli ammortamenti, in attesa di un percorso di verifica. Gli acconti, infine, non terranno conto anche degli accantonamenti, in quanto la relativa cassa verrà erogata solo in seguito agli effettivi smobilizzi e su istanza motivata.

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 per le attività non soggette a contratto sulla base di un monitoraggio periodico della reale produzione del singolo erogatore, richiamato inoltre quanto espresso in premessa, si precisa quanto segue:

- Trasferimenti verso erogatori pubblici

A decorrere dall'esercizio 2015, con riferimento gli erogatori pubblici sarà necessario:

- garantire acconti mensili non inferiori al 95% di tutte le prestazioni sanitarie a contratto/convenzione e non. Gli acconti relativi alle maggiorazioni tariffarie ex L.R. n. 7/2010 saranno calcolati in un'entità pari all'85% dell'ultima validazione formale, in attesa delle determinazioni per l'esercizio di competenza. La percentuale del 95% è raggiungibile considerando le erogazioni di cassa mensili dirette e le erogazioni effettuate attraverso il G3S;
- assicurare le rimesse con tempistiche (entro 5 giorni dal ricevimento della rimessa regionale) 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

A decorrere dall'esercizio 2015, con riferimento gli erogatori privati sarà necessario:

- garantire acconti mensili non inferiori al 95% di tutte le prestazioni sanitarie a contratto/convenzione e non. Gli acconti relativi alle maggiorazioni tariffarie ex L.R. n. 7/2010 e alle Funzioni non tariffate saranno calcolati in un'entità pari all'85% dell'ultima validazione formale, in attesa delle determinazioni per l'esercizio di competenza.
- regolare i saldi infra-annuali 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.

A partire dall'esercizio 2015 l'erogazione delle funzioni non tariffate dovrà essere garantita dalle singole ASL per competenza territoriale agli IRCCS privati, ospedali classificati e alle case di cura.

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

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).

Obiettivo per il corrente esercizio è un ulteriore impulso alla riduzione dei tempi di pagamento, anche grazie all'introduzione in via sperimentale del sistema di Fatturazione Elettronica. Per il raggiungimento di un ulteriore miglioramento dei tempi di pagamento è fondamentale il rispetto dei tempi e delle regole in materia da parte di tutti gli attori del sistema, nonché di un riposizionamento organizzativo a livello aziendale.

Permane l'obbligatorietà della dichiarazione mensile del Direttore Generale (scadenza giorno 10 di ogni mese) circa il rispetto dei tempi di pagamento dei fornitori in coerenza con quanto dichiarato nella Piattaforma di cui all'art. 41 D.L. n. 66/2014 convertito con modificazioni nella L. 23 giugno 2014 n.89.

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.

Fatturazione elettronica

Nel corso del 2015 proseguirà il percorso avviato da Regione Lombardia - nell'ultimo trimestre del 2014 - per l'attivazione della fatturazione elettronica nelle Aziende Sanitarie Lombarde, ai sensi del D.M. n.55 del 2013 e del D.L. n.66 del 2014 che hanno fissato, a livello nazionale, gli standard e le scadenze normative per la Pubblica Amministrazione centrale e locale.

Le procedure attivate hanno previsto: l'utilizzo di un HUB regionale (piattaforma centralizzata) per la gestione delle fatture attive e passive delle Aziende Sanitarie da e verso il sistema di interscambio (SDI) dell'Agenzia delle Entrate; una prima fase di sperimentazione della fatturazione elettronica passiva, in anticipo rispetto alla normativa nazionale, con sei Aziende Ospedaliere pilota; la costituzione di due gruppi di lavoro specifici, per le Aziende Ospedaliere e per le Aziende Sanitarie Locali; l'elaborazione di un primo documento di Linee Guida per i fornitori contenente gli standard individuati da Regione Lombardia per consentire la tracciatura e la riconciliazione delle fatture nei gestionali aziendali; l'applicazione del Protocollo di Intesa tra Regione Lombardia e Assobiomedica, ai sensi della D.G.R. n.X/2303 del 1.8.2014 e l'estensione dei vantaggi riconosciuti dal protocollo a tutti i fornitori del sistema che utilizzino la fatturazione elettronica durante il periodo della sperimentazione, ovvero fino al 31.03.2015.

Nei primi mesi dell'anno 2015, a seguito della chiusura delle attività di sperimentazione verranno valutati gli esiti della stessa e verificate le funzionalità specifiche dell'HUB regionale, nonché gli impatti degli standard tecnici per i fornitori e i tempi di pagamento della sperimentazione.

Nel corso del primo trimestre il sistema di fatturazione passiva sarà esteso a tutte le Aziende Sanitarie Lombarde, secondo un piano predefinito. Si richiama la necessità che tutte le Aziende si attivino, anche attraverso il coinvolgimento dei propri sistemi informativi aziendali, nella strutturazione di percorsi organizzativi, informatici e gestionali che garantiscano: l'informatizzazione dei processi, la riconciliazione dei dati nei propri sistemi contabili, la velocizzazione delle procedure di liquidazione.

Gestione centralizzata G3S

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 con cadenza mensile dei pagamenti effettuati con la ASL di appartenenza nei limiti contrattualizzati nel rispetto della competenza economica.

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 e al miglioramento continuo dei tempi di pagamento nei termini di legge. Per quanto detto si rinvia ad un aggiornamento delle linee guida vigenti.

Anticipazioni di Tesoreria

L'art. 12 della L.R. 5 agosto 2014 n. 24 "Ottimizzazione della gestione di cassa degli enti sanitari di cui alle lettere da a) a d) della Sezione II dell'Allegato A1 della L.R. 30/2006)" ha introdotto nuove norme circa il ricorso alle anticipazioni di tesoreria da parte degli Enti sanitari pubblici lombardi.

In estrema sintesi, Regione Lombardia, al fine di azzerare gli oneri derivanti dall'utilizzo di anticipazioni di tesoreria, provvederà a destinare parte della liquidità regionale per far fronte ai fabbisogni di cassa, sia ordinari che straordinari, degli enti sanitari regionali, limitando il ricorso alle anticipazioni da parte degli istituti tesorieri aziendali ai casi autorizzati dalla Regione.

Le modalità e le condizioni per l'accesso all'anticipazione di liquidità ordinaria, ai finanziamenti straordinari e per l'autorizzazione al ricorso al proprio Tesoriere sono in corso di definizione da parte della Giunta Regionale.

In via transitoria, sino all'adozione del provvedimento deliberativo, le Aziende potranno avvalersi del proprio tesoriere con le modalità vigenti.

1.3.6. ULTERIORI DISPOSIZIONI

Requisiti per la sottoscrizione del contratto da parte delle strutture private accreditate

In merito alla previsione della dgr 3856/2012 relativamente alla necessità che in sede di revisione contabile dei bilanci delle strutture private accreditate si certifichi la capacità della continuità aziendale degli enti sanitari stessi sono pervenute da parte delle ASL e dalla rappresentanze dei soggetti erogatori delle richieste di chiarimenti. Si ritiene, pertanto, che in tempo utile per la stipula dei contratti 2015 la Giunta fornisca precise indicazioni al riguardo.

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

L'attività del Nucleo Operativo di Controllo Contabile si svolgerà nel 2015 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.

Verrà definito in seguito l'elenco delle aziende che verranno verificate nell'anno 2015 e gli ambiti di controllo.

Conto Giudiziale

Sulla base delle linee guida emanate in materia è disposto l'invio alla sezione di competenza della corte dei conti dei conti giudiziari a partire dall'esercizio 2014.

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 2014, ivi compresi l'Accordo Stato Regioni del 16 ottobre 2014 concernente il Piano Nazionale Malattie Rare 2013-2016 e l'Intesa Stato Regioni del 20 febbraio 2014 su documento recante " Telemedicina-linee di indirizzo nazionali" . Si dà mandato alla Direzione Generale Salute e alla Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale Volontariato e Pari Opportunità di promuovere i conseguenti atti ai fini della fattiva applicazione degli stessi.

Adempimenti Lea (Livelli Essenziali di Assistenza)

Sono in corso di approvazione da parte del Comitato del LEA del Ministero della Salute gli adempimenti relativi all'esercizio 2015. Il rispetto di tali adempimenti costituirà obiettivo per le aziende sanitarie. A seguito di tale approvazione, anche alla luce del nuovo Patto della Salute, verrà redatto un atto ricognitivo di aggiornamento.

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. Nel corso dell'esercizio verranno adottati specifici atti che attestino puntualmente per le prestazioni extra-lea le fonti di finanziamento , precisando che tali prestazioni sono puntualmente verificate attraverso i flussi informativi in essere e le risorse ad essi destinate non sono poste a carico del Fondo Sanitario Nazionale.

Fondo Sanzioni ASL

A partire dal presente esercizio ai sensi del d.lgs n. 194/2008 "disciplina delle modalita' di rifinanziamento dei controlli sanitari ufficiali in attuazione del regolamento (CE) n. 882/2004", del comma 6 del d.lgs n. 81/2008 "attuazione dell'art. 1 della l. n. 123/2007 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro" e della DGR 6 aprile 2012 n. IX/1534 in materia di sostanze chimiche, le ASL provvederanno a versare a Regione Lombardia, secondo le modalità che verranno specificatamente comunicate, gli introiti derivanti:

- dalla irrogazioni di ammende/sanzioni a seguito delle attività di controllo in materia di sicurezza e salute sul lavoro - DLgs 81/08;
- quanto dovuto ai sensi del DLgs 194/08, per quanto riguarda gli OSA che trattano alimenti non di origine animale (in analogia con quanto già definito per l'area veterinaria)
- dalla irrogazioni di sanzioni per violazione al Regolamento (CE) n. 1907/2006 REACH – Registration, Evaluation, Autorizathion of Chemicals e al Regolamento (CE) n. 1272/2008 CLP – Classification, Labelling, and Packaging.

Con successivi provvedimenti si procederà a definire l'utilizzo delle risorse disponibili secondo puntuali progettualità e nel rispetto degli indirizzi previsti dalle medesime norme.

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.

2. LIVELLO PROGRAMMATORIO: INDIRIZZI REGOLATORI PER LE ASL E RETE DI OFFERTA

2.1. GOVERNO DELLA PREVENZIONE E TUTELA SANITARIA

Piano Nazionale Prevenzione e Piano Regionale Prevenzione

In data 13 novembre 2014 è stata siglata l'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano concernente il Piano nazionale per la prevenzione per gli anni 2014-2018.

In ragione di tale accordo le Regioni, si sono impegnate entro il 31 dicembre 2014:

- a recepire con apposita Delibera il Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018, disponendo:
 - di applicare, nella elaborazione del proprio PRP, la visione, i principi, le priorità, la struttura del PNP;
 - la preliminare individuazione dei programmi regionali, il più possibile integrati e trasversali rispetto ad obiettivi e azioni, con i quali si intende dare attuazione a tutti i macro obiettivi e a tutti gli obiettivi centrali;
 - la definizione degli elementi (di contesto, profilo di salute, trend dei fenomeni, continuità con quanto conseguito nel precedente PRP, ecc.) funzionali ai programmi regionali individuati.
- ad adottare, entro il 31 maggio 2015, il Piano Regionale di Prevenzione per la realizzazione del PNP 2014 - 2018 attraverso i programmi individuati.

Il Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014 – 2018 si configura pertanto come atto programmatico complessivo in tema di prevenzione e come nei precedenti piani regionali elemento qualificante è lo stretto coordinamento e raccordo con gli indirizzi programmatori regionali (PRS; PSSR; Regole di sistema; Obiettivi DDGG).

Stante quanto sopra esposto, di seguito si evidenziano, in relazione ai macro obiettivi del Piano Nazionale Prevenzione 2014-2018¹, quegli elementi che indirizzano l'attività delle ASL per il 2015, sia quale prosecuzione di importanti programma/azioni in corso che quali programmi da avviarsi a partire dal prossimo anno.

Resta inteso che tali indirizzi, unitamente agli adempimenti LEA, comporteranno la conseguente individuazione di obiettivi da assegnare alle strutture del SSR (obiettivi DDGG ASL/AO).

Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili

¹ **“Piano Nazionale Prevenzione 2014 – 2018” Macro Obiettivi:**

- Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili
- Prevenire le conseguenze dei disturbi neurosensoriali
- Promuovere il benessere mentale nei bambini, adolescenti e giovani.
- Prevenire le dipendenze da sostanze e comportamenti
- Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti
- Prevenire gli incidenti domestici e i loro esiti
- Prevenire gli infortuni e le malattie professionali
- Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute
- Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie
- Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli

Lo sviluppo del Macro Obiettivo “Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili è caratterizzato da una forte valenza di processi ed azioni a carattere “integrato” e la sua descrizione, in relazione all’attività 2015, è stata delineata nell’allegato precedente.

Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie

- mantenimento dei requisiti di qualità del sistema di sorveglianza Malattie Infettive;
- revisione ed aggiornamento degli interventi di sorveglianza, prevenzione, profilassi e controllo delle malattie infettive con ottimizzazione della lettura dei “segnali” in vista di EXPO 2015;
- miglioramento/mantenimento delle coperture vaccinali previste nei LEA;
- aggiornamento dell’offerta vaccinale:
 - per target di popolazione
 - per soggetti a rischio per patologia/condizioneverrà applicato il percorso del “modello decisionale per l’introduzione di nuovi vaccini in regione Lombardia” (vedi paragrafo strategie vaccinali)
- azioni di miglioramento della comunicazione in ambito vaccinale sia nei confronti del cittadino che nel rapporto tra i diversi soggetti del SSR che propongono/effettuano vaccinazioni, riconfermando il ruolo di governance delle ASL in raccordo con la Regione nelle strategie di offerta vaccinale.

Strategie vaccinali

I vaccini offerti in modo attivo e gratuito come LEA sono definiti dalle Intesa Stato Regioni. PNPV 2012-2014. Negli ultimi anni sono stati resi disponibili diversi nuovi vaccini non ancora previsti come LEA, e per cui è necessaria a una valutazione sulla loro possibile introduzione e con quali modalità.

Data questa premessa, Regione Lombardia, con il Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012, ha sviluppato un “**modello decisionale per l’adozione/modifica delle strategie di offerta vaccinale**”.

- Il modello decisionale sviluppato si inserisce nel contesto delle strategie di supporto a decisioni informate e basate sulle prove di efficacia (Decide – Grade) supportate dalla Comunità Europea (European Union’s Seventh Framework Programme for research, technological development and demonstration - no 258583). In relazione all’introduzione di nuovi vaccini, sono stati definiti le dimensioni e metodi su cui si basano le scelte sanitarie. Il quadro concettuale finale, denominato Modello EtD (Evidence to Decision (EtD) framework) è composto delle seguenti 6 dimensioni: impatto della malattia, caratteristiche del vaccino, valori e preferenze, uso delle risorse, equità e fattibilità.
- Le fasi previste dal modello decisionale sviluppato - per l’introduzione di nuovi vaccini; per innovazioni di vaccini già in uso o per rivalutazioni legate a politiche vaccinali già in atto, anche in relazione a valutazioni costo-efficacia, che comportano modificazioni rilevanti delle strategie vaccinali - sono definite nei paragrafi successivi.
- Qualora non sia già presente un’istruttoria completa su un determinato vaccino del Istituto Superiore Sanità, Regione Lombardia incarica , attraverso un bando un *soggetto terzo (cosidetto organo tecnico-scientifico vaccini)* che effettua l’istruttoria tramite reperimento e l’analisi delle informazioni necessarie a completare la valutazione relativa al modello EtD sopra descritto verificando la rilevanza, l’attendibilità, qualità e l’indipendenza delle fonti utilizzate. L’ente terzo (*organo tecnico-scientifico vaccini*) deve avere competenze di tipo metodologico, statistico-

epidemiologico, economico e garantire indipendenza da possibili conflitto di interessi rispetto al vaccino considerato.

- L'istruttoria relative alla nuovo vaccino (modello EtD) è poi valutata da un panel multidisciplinare, comprende rappresentanti del mondo dell'Università, delle Società scientifiche, delle Associazione dei Pazienti, della Sanità Pubblica e degli enti SIREG. Il panel, attraverso un processo di condivisione coordinato dall'*organo tecnico-scientifico vaccini*, sviluppa il grading delle prove di efficacia e la loro valutazione di qualità utilizzando il Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation (GRADE) e formulerà le raccomandazioni utilizzando il Developing and Evaluating Communication Strategies to Support Informed Decisions and Practice Based on Evidence (DECIDE). I componenti del panel sono definiti da apposito atto dalla DG Salute.
- L'istruttoria si conclude con le raccomandazioni finali relativamente all'adozione della nuova strategia vaccinale (favorevoli, sfavorevoli o condizionali alla nuova strategia) che saranno messe a disposizione per la decisione finale del decisore politico (Giunta Regionale) e per l'eventuale implementazione delle campagne vaccinali inerenti.

Prevenire gli infortuni e le malattie professionali

Si consolideranno i percorsi e le azioni per l'attuazione della programmazione regionale riferita a:

- emersione del fenomeno tecnopatico (ricerca attiva dei tumori professionali con particolare riferimento ai mesoteliomi, ai naso-sinusali, e con quelli a bassa frazione eziologica);
- contenimento dei tassi di frequenza infortunistica.

Ambiti privilegiati di intervento saranno, a partire dalle specifiche analisi di contesto territoriale, il settore edile, in coerenza con il Piano Nazionale Costruzioni, e il settore agricolo, in coerenza con il Piano Nazionale Agricoltura. Altresì, saranno implementate azioni specifiche riferite alla prevenzione delle patologie da sovraccarico biomeccanico, coerenti all'emanando Piano nazionale; saranno adottati, sempre fatti salvi gli esiti dell'analisi di contesto che ciascuna territorio deve sviluppare, gli indirizzi per l'attività di controllo proposti dal Comitato di coordinamento dell'attività di vigilanza art. 5 DLgs 81/08.

Strumenti efficaci alla realizzazione delle predette azioni sono:

- il Sistema Informativo della Prevenzione per il quale l'area Person@ consoliderà le funzionalità riferite alla rilevazione coordinata e continua tra Servizi del DPM e UOOML, delle informazioni relative ai casi di malattia professionale, integrandole con i dati presenti nell'area I.M.Pre.S@;
- l'integrazione in cooperazione applicativa delle banche dati degli Enti (INPS, INAIL) appartenenti al sistema integrato della prevenzione, a potenziamento reciproco e in un'ottica di parità d'intenti e di azione tra le parti;
- la programmazione condivisa all'interno della Cabina di regia per l'applicazione del Piano SSL (modello organizzativo tripartito - Istituzioni, associazioni datoriali, associazioni sindacali), delle strategie e azioni per la tutela del lavoratore;
- il confronto tra pianificazioni territoriali, funzionali al raggiungimento dell'uniformità di intervento, all'interno del Comitato provinciale di coordinamento art. 7 D. Lgs. 81/08
- la promozione nelle aziende, attraverso le ASL, dell'adozione di buone prassi e percorsi virtuosi di autocontrollo, coerenti con i principi di responsabilità sociale d'impresa (RSI) e di sistema di gestione della sicurezza (SGSL).

Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute

- sviluppo di percorsi interdisciplinari per la valutazione preventiva degli impatti degli impatti sulla salute derivanti da progetti/opere
- Piano Nazionale Controlli su sostanze chimiche/miscele/articoli (REACH/CLP)
- Amianto, in coerenza con l'emanando Piano Nazionale e/o con gli indirizzi emanati dallo specifico tavolo c/o MS.

Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli

- Controllo degli agenti patogeni, dei contaminanti, dei residui di sostanze pericolose che possono entrare nella catena alimentare e arrecare danni alla salute umana; verranno definiti:
 - il Piano Regionale Integrato dei Controlli (PRIC) per alimenti non di origine animale contenente gli indirizzi metodologici alle ASL per la programmazione dei controlli su base territoriale;
 - il Piano dei residui di fitosanitari in alimenti;
 - il Piano di controllo degli OGM in alimenti.

Sulla base di tali piani e di eventuali altri, elaborati a seguito di nuovi indirizzi nazionali, ogni Asl predisporre il proprio piano integrato dei controlli entro il 28/2/2015 rendicontandone i risultati in Impres@.

- Audit sulle Autorità Competenti Locali in materia di alimenti non di origine animale (SIAN) ai sensi del Reg CE 882/2004: evidenza dell'attuazione delle azioni individuate nella relazione in risposta alle osservazioni contenute nel Rapporto di Audit
- Rete dei Laboratori di Prevenzione ASL: completa attuazione della Rete nell'ottica di garantire sempre una maggiore efficacia ed efficienza, come indicato nella DGR 4441/2012 e nella DGR 1103/2013. In particolare:
 - nel corso del 2015 prosegue la razionalizzazione, nella logica della "rete funzionale", di quanto effettuato dai laboratori, con verifica di reciproco scambio/collaborazione e attuazione degli indirizzi regionali in materia di gare per gli acquisti di materiali e sistemi informatici di supporto, compresa l'implementazione del sistema, previsto dal Ministero, NSIS-Vigilanza. Si richiama quanto previsto dalla DGR 1103/2013 in materia di percorso condiviso per l'implementazione di metodiche/acquisto di nuova strumentazione;
 - i Laboratori di Riferimento regionali, che operano quindi a livello sovra aziendale, sono tenuti a garantire una capacità analitica in linea con le richieste dell'Unione Europea e del Ministero della Salute e l'effettuazione delle analisi per tutti i SIAN afferenti con la completa restituzione delle informazioni nei database appositamente predisposti (CROGM; NSIS Pesticidi; NSIS Vigilanza; IMPRES@ - Tracciato Laboratori);
 - i Laboratori che svolgono attività per ASL diverse da quella di appartenenza, dovranno effettuare la rendicontazione semestrale della valorizzazione delle prestazioni anche alla DG Salute, secondo le modalità previste;
 - le ASL con Laboratorio dovranno quindi predisporre un report dell'attività di razionalizzazione svolta, indicando nel dettaglio i risultati economici ottenuti in termini di riduzione dei carichi di lavoro e di acquisto di beni e servizi (manutenzioni, reagenti ecc.);

- dovranno essere concordate con la DG Salute le modalità di attivazione di eventuali nuove metodiche o l'acquisto di nuova strumentazione che si ritengano necessari a seguito di pianificazione di settore del Ministero della Salute, valutando altresì con la DG Salute l'opportunità di ricorrere, in alternativa, a laboratori esterni alla Rete dei Laboratori di Prevenzione (ad es. la Rete degli IZS), qualora questo risulti più vantaggioso in termini di razionalizzazione delle risorse.

2.2. SANITA' PUBBLICA VETERINARIA

Il Piano Regionale Integrato della Sanità Pubblica Veterinaria 2015-2018 rappresenta un ulteriore passo del percorso che questo Assessorato sta attuando al fine di migliorare l'efficienza del sistema dei controlli svolti a tutela dei consumatori, assicurando le garanzie sanitarie richieste dall'Unione europea e dai Paesi che importano i nostri prodotti alimentari, riducendo al contempo gli oneri burocratici e i costi amministrativi a carico sia della pubblica amministrazione, sia degli operatori economici delle imprese della filiera agroalimentare.

Nel Piano viene ribadita l'importanza del corretto funzionamento del tavolo tecnico Regionale delle Autorità Competenti e del Programma Integrato dei Controlli, dove i Dipartimenti di Prevenzione Veterinari in collaborazione con i Servizi di Igiene Alimenti e Nutrizione dei Dipartimenti di Prevenzioni Medici, condividono con altre autorità sanitarie e di polizia programmi e strategie di intervento efficienti, efficaci ed appropriati nell'ambito della sicurezza alimentare. Una migliore organizzazione del sistema dei controlli porta ad ottimizzare le risorse evitando al contempo duplicazioni e sovrapposizioni inutili e controproducenti, spesso percepite negativamente dagli operatori e dall'opinione pubblica.

La programmazione degli obiettivi viene effettuata attraverso la disamina sequenziale di due aree distinte:

1. **gli obiettivi vincolanti:** quelli definiti da piani la cui obbligatorietà discende da norme;
2. **gli obiettivi strategici:** individuati dalla Regione attraverso la metodologia della *scorecard*.

Entrambe le aree vengono declinate nella pianificazione locale dalle ASL attraverso un percorso *top-down* di recepimento degli obiettivi e successiva fase attuativa *bottom-up* definita attraverso la *scorecard* locale. Questo approccio garantisce l'individuazione della programmazione locale in ottemperanza alle norme e in considerazione del contesto locale (es. pianura, collina, montagna), produttivo e della disponibilità di risorse. Al fine di assicurare il raggiungimento degli obiettivi stabiliti dal piano, la UO Veterinaria ha predisposto e reso disponibili i seguenti strumenti di *governance* che potranno essere ulteriormente sviluppati nel corso del periodo di valenza del Piano: Modelli operativi standard, Reti di epidemiosorveglianza, Attività di ricerca e progetti sperimentali, Percorsi formativi, Comunicazione, Coordinamento con altre autorità competenti, Coinvolgimento delle associazioni dei Consumatori/Produttori, Partnership, Formazione, Sistema di Audit regionale

In materia di sperimentazione con metodi alternativi agli animali si darà pieno adeguamento alle nuove disposizioni nazionali (D.lgs. 26/2014) e comunitarie secondo quanto codificato dalla UO Veterinaria.

Le Asl attueranno il Piano Regionale Integrato della Sanità Pubblica Veterinaria 2015-2018 con le seguenti azioni:

- a. Predisposizione di un programma annuale aziendale integrato delle attività di Prevenzione Veterinaria secondo quanto codificato dal Piano Regionale Integrato della Prevenzione Veterinaria, assicurando un

efficace coordinamento con le Autorità competenti che partecipano al tavolo di coordinamento regionale, che garantisca il corretto utilizzo delle risorse di competenza nel rispetto dei principi di efficienza e di efficacia.

Aggiornamento dei piani aziendali di gestione delle emergenze veterinarie in funzione dell'attuale quadro normativo ed epidemico attraverso le seguenti modalità:

- ciascuna ASL elabora il Piano Integrato Aziendale della Prevenzione Veterinaria entro il 28/02/2015:
 - in conformità al documento “Standard di funzionamento delle Aziende Sanitarie Locali”;
 - in attuazione del Piano Regionale Integrato della Prevenzione Veterinaria 2015/2018(PRPV);
 - prevedendo ove possibile che i controlli sulle stessa unità produttiva vengano svolti in modo congiunto.

- Il finanziamento delle attività tipiche secondo criteri di efficacia ed efficienza del DPV per l'attuazione del PIAPV è assicurato attraverso il ricorso alle seguenti fonti vincolate:
 - finanziamento delle funzioni non tariffabili;
 - risorse introitate ai sensi del D.Lgs. 194/2008.

- b. Predisposizione di un piano di audit interno per la valutazione dell'efficacia e dell'appropriatezza dell'attività di controllo e di verifica del raggiungimento degli obiettivi. Il piano sarà sottoposto a valutazione da parte dell'UO regionale e da un *benchmarking* finale tra tutti i Dipartimenti. Tale attività deve coinvolgere tutte le strutture organizzative a livello dipartimentale e distrettuale ed eventualmente prevedere anche il coinvolgimento delle ASL contigue e dovrà essere attuata secondo le seguenti modalità:
 - Predisposizione di un programma di audit interni ai DPV entro il 31/01/2015 e sua attuazione entro il 31/12/2015 che preveda anche le azioni da adottare in caso di non conformità;
 - Coinvolgimento delle strutture complesse Dipartimentali/Distrettuali e prevedendo anche momenti di integrazione interaziendali;
 - Autovalutazione e spunti di miglioramento con una azione conclusiva di *benchmark* tra tutti i Dipartimenti;
 - Valutazione del Piano Aziendale da parte dell'UO Veterinaria sul rispetto dei criteri codificati nel Manuale degli “Standard di funzionamento delle Aziende Sanitarie Locali”.

- c. Attuazione del programma dei controlli stabiliti dal Piano Integrato Aziendale della Prevenzione Veterinaria (PIAPV) e dei controlli integrati/coordinati con altre autorità competenti. In particolare si dovrà assicurare l'attuazione degli obiettivi operativi programmati nel PIPV 2015/18, l'attuazione dei controlli straordinari previsti al fine di migliorare le garanzie sanitarie e la competitività delle imprese sui mercati internazionali e attuare l'attività secondo le procedure documentate e rendicontarle in modo appropriato e conforme a quanto disposto dalla UO Veterinaria.

- d. Attuazione del piano di controllo integrato in materia di condizionalità sulle aziende zootecniche beneficiarie di aiuti comunitari verificando il rispetto dei criteri stabiliti dalle norme in materia di condizionalità secondo quanto codificato dalla U.O. Veterinaria e attuando l'attività di

formazione/informazione coerentemente alle norme in materia di condizionalità degli operatori del settore zootecnico e dei veterinari addetti al controllo.

- e. Assolvimento e rendicontazione dei debiti informativi necessari per il governo delle attività di controllo tramite il Sistema Informativo Veterinario Integrato (SIVI). Attuazione dei progetti di sburocratizzazione di alcuni adempimenti a carico degli operatori del settore agroalimentare secondo il timing definito dalla U.O. Veterinaria attraverso il puntuale ed appropriato utilizzo dei sistemi informativi disponibili per permettere la raccolta e la rielaborazione dei dati necessari alla *governance* del sistema e con l'attuazione dei processi di sburocratizzazione degli adempimenti e rispetto del *timing* definito per la trasmissione dei dati.
- f. Programmazione ed 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 PRPV 2015-2018.

Nella programmazione dovranno essere esplicitati e documentati i criteri impiegati per la graduazione del rischio delle diverse attività o settori di attività. Dovranno inoltre essere definiti i criteri per la conduzione di controlli congiunti al fine di evitare di porre oneri aggiuntivi ed inutili sugli operatori settore assicurando il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- 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;
- una ponderata pressione dei controlli in rapporto al livello di rischio stabilito.

2.3. RETE DI OFFERTA OSPEDALIERA

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.

Il tasso di posti letto nel suo complesso è adeguato, soprattutto in considerazione dell'attrattività extra regionale del Sistema Lombardo. Si registra d'altra parte la necessità di avviare una progressiva riduzione dei letti di riabilitazione ospedaliera. Questa riduzione potrà tendenzialmente avvenire tramite una conversione in postazioni di MAC.

A seguito della approvazione e decorrenza dei relativi effetti del "Patto della Salute 2014 - 2016" anche per il 2015 si prevede di perseguire l'obiettivo di contemperare le esigenze di riduzione dell'offerta con l'obiettivo prioritario di garantire livelli di erogazione di prestazioni di elevata qualità in totale sicurezza.

Nel perseguimento di questo obiettivo viene valorizzata la funzione di programmazione territoriale della 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, considerando che, anche alla luce di una recente sentenza del Consiglio di Stato, la preclusione alla sottoscrizione di contratti con nuovi soggetti accreditati non può avere come esclusivo riferimento la saturazione dell'offerta e che comunque è legittimo limitare le nuove contrattualizzazioni ad alcune aree particolari. Ciò in funzione della necessità,

nel definire le modalità di allocazione delle risorse, di mantenere una quota significativa di risorse atte a garantire la continuità operativa e di erogazione dell'assistenza delle strutture già accreditate e di valutare i bisogni emergenti, il quadro epidemiologico e la adeguatezza territoriale, in termini di accessibilità, della rete di offerta esistente.

Da un lato verrà assicurata pari opportunità di accesso alle strutture, introducendo nel sistema erogativo a carico del SSN i meccanismi di flessibilità previsti dal Consiglio di Stato; dall'altro, verranno garantiti riferimenti stabili agli operatori del sistema e ai cittadini circa la rete di offerta.

In questo scenario vengono quindi confermate le linee evolutive già avviate nel 2014 nella modalità di assegnazione delle quote di budget, prevalentemente in ordine alle Strutture Private, sino ad oggi basate sulla sostanziale conferma dei budget storici. Si prevede quindi di:

- a) definire una quota parte dei contratti delle prestazioni ambulatoriali, di anno in anno progressivamente superiore, non assegnata su base storica ma attribuita dalle ASL in funzione della propria attività programmatoria e negoziale;
- b) determinare la quota parte massima di risorse che è possibile destinare a nuovi contratti, ricompresa all'interno del budget fissato al punto a);
- c) attribuire alla ASL un maggior ruolo negoziale, inserendo elementi di flessibilità, all'interno del budget complessivo assegnato a una struttura nello spostamento delle risorse assegnate dal regime di ricovero a quello ambulatoriale.

Per il 2015 si prevede di proseguire questo percorso fissando nel 9% del budget ambulatoriale destinato agli erogatori privati accreditati quanto indicato al punto a) e di fissare in un limite massimo di 13 milioni di euro quanto indicato nel punto b).

Avendo fissato regole di allocazione delle risorse che circoscrivono i livelli di flessibilità del sistema, è possibile rivalutare parzialmente il blocco degli accreditamenti introdotto nel 2014 per poter regolamentare efficacemente la contrattualizzazione degli erogatori accreditati ma non a contratto.

Come è noto, infatti la Legge Regionale 33/2009 disaccoppia, in Lombardia, l'accreditamento dalla contrattualizzazione, assegnando al primo il valore di attestazione tecnica del possesso di determinati standard e al secondo la programmazione delle risorse. E' d'altra parte evidente che anche l'accreditamento non può prescindere del tutto da valutazioni programmatiche, generando potenziali distorsioni nella rete di offerta laddove si registri già una sovra dotazione rispetto al bisogno effettivo.

A tali considerazioni, per il 2015, si deve considerare la necessità di raggiungere nel prossimo biennio precisi standard di offerta ospedaliera previsti dal "Patto della Salute 2014 - 2016" e dal collegato regolamento sugli standard della rete ospedaliera, la cui definitiva formalizzazione è prevista nel 2015. Entro marzo 2015 la Direzione Generale Salute elaborerà, anche sulla base delle valutazioni proposte dalle ASL all'interno dei propri documenti di programmazione e coordinamento dei servizi sanitari e socio-sanitari annuali, un documento di indirizzo specifico legati agli ambiti, anche differenziati per territorio, nei quali sarà possibile operare nuovi accreditamenti e nei quali orientare anche la trasformazione degli assetti accreditati esistenti.

La necessità di poter disporre di un quadro programmatico definito per il prossimo triennio, sia alla luce dell'attuazione del Patto della Salute sia del rinnovo del quadro normativo (delineato nel "Libro bianco sullo sviluppo del sistema socio-sanitario in Lombardia"), rende opportuno rinviare la stesura del Piano Socio-sanitario Regionale 2015.

Si intende quindi prorogato, fino ad approvazione di un nuovo Piano, che verrà presentato nel 2015, l'attuale Piano Socio Sanitario. Le azioni di riordino della rete di offerta previste dal PRS e dal Patto per la Salute 2014 – 2016, verranno avviate con una serie di provvedimenti relativi alla riorganizzazione della rete di offerta delle alte specialità, emodinamiche, e dei punti nascita e alla riorganizzazione della rete dei servizi di Medicina di Laboratorio e dei SIMT.

Le attività di riordino strutturale della rete saranno accompagnate da provvedimenti per il miglioramento della qualità appropriatezza quali il finanziamento su base performance e corretta applicazione dei PDTA e l'osservanza delle indicazioni prescrittive emanate per alcune discipline.

2.3.1. INDIRIZZI PER L'ACCREDITAMENTO, NEGOZIAZIONE E STIPULA DEI CONTRATTI CON GLI EROGATORI

2.3.1.1. LINEE PROGRAMMATORIE GENERALI REGIONALI PER LA NEGOZIAZIONE E I CONTRATTI

La riorganizzazione complessiva della rete di offerta rappresenta un punto focale della programmazione futura: il cambiamento del sistema va comunque sorretto utilizzando al meglio gli strumenti di governo che nel tempo hanno consentito il mantenimento dell'equilibrio di sistema.

Fra questi viene mantenuta la disposizione di destinare per le attività negoziabili (ricoveri e specialistica ambulatoriale) due fondi differenti per le strutture di diritto pubblico e privato rispettivamente.

I vincoli e le opportunità da considerare nei contratti 2015 sono relativi a:

Area di ricovero

- Finanziato 2014, per le strutture di diritto privato (garantire di norma a tutti gli erogatori il 100% di quanto finanziato nel 2014). Per le attività di ricovero l'obiettivo è quello di ridurre del 10 % rispetto al 2014 la valorizzazione riferibile ai 108 DRG ad elevato rischio di inappropriata % (e comunque tale da portare a una percentuale inferiore del 22% il numero di ricoveri con tali DRG rispetto ai DRG "appropriati") di cui al Patto per la Salute 2010-2012 ed oggetto di verifica per valutare il raggiungimento da parte delle Regioni degli adempimenti LEA.
- Consolidare nel contratto 2015, incrementandolo rispetto al finanziato 2014 di una quota pari al valore relativo agli accompagnatori, quando sia per loro garantito un posto in camera con i ricoverati, per le UO di cure palliative e per le UO dedicate all'età evolutiva.
- Per la riabilitazione Intensiva ad alta complessità (IAC) per il 2015 restano le stesse condizioni di mix e di minutaggio già vevoli per il 2014, stabilite dalla DGR 1520/2014.
- Con la negoziazione 2015 va a pieno regime la previsione della DGR 1520/2014 che le strutture che nel biennio 2012-2013, per via delle modifiche dei criteri di attribuzione, hanno subito una riduzione media della funzione complessità della riabilitazione superiore del 40% rispetto al 2011 e che sono sede di attività di alta complessità, potranno avere, previa valutazione delle ASL di ubicazione, un incremento

delle risorse contrattualizzate per i ricoveri di un ammontare massimo pari al valore della riduzione oltre la soglia del 40% sopra definita.

- Rimodulazione dei contratti sulla base delle performance. Il 2015 sarà il quarto 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 2013. Gli esiti saranno resi noti in sede di negoziazione con i soggetti erogatori; entro il 28 febbraio 2015 la DG Salute elaborerà degli indicatori relativi alla qualità di gestione del tumore al seno e del colon-retto che sono utilizzati per introdurre nei contratti 2015 degli ulteriori elementi economici incentivanti e disincentivanti le strutture di ricovero e cura.

Attività ambulatoriali

- per le attività ambulatoriali delle assegnazioni storiche (garantire di norma a tutti gli erogatori il 91% di quanto finanziato nel 2014);
- della possibilità di tenere presente l'eventuale messa a contratto di nuovi soggetti accreditati oggi non a contratto (Contratti attivabili già da gennaio 2015).
- 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 91% 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 al 91% 6 punti percentuali 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 a fronte, su base Asl o Regionale, di una dimostrata ulteriore disponibilità di risorse.
- Per le attività di specialistica ambulatoriale si stabilisce che si salvaguardi in via prioritaria il fabbisogno e la conseguente garanzia da parte dei soggetti contrattualizzati delle seguenti tipologie di prestazioni:
 - Visite specialistiche
 - Attività ecografiche
 - Attività di screening
 - Mammografie

A tal fine entro il 31 gennaio 2015 con decreto della DG Salute saranno individuati i pesi percentuali massimi che alcuni macro aggregati di prestazioni (per es: laboratorio, radiologia, ecografia, visite mediche e altre prestazioni) potranno avere, complessivamente a livello regionale ed eventualmente per ASL (qualora si registrasse una significativa difformità territoriale della composizione dell'offerta), sul totale del valore economico erogato a carico del Servizio Sanitario Regionale. In caso di superamento dei predetti pesi, su base semestrale, le prestazioni del macro-aggregato subiranno un abbattimento economico finalizzato a rientrare nel peso obiettivo che sarà applicato in modo differente a seconda del posizionamento delle strutture in tre classi crescenti di raggiungimento di questo obiettivo. Le risorse così recuperate potranno essere utilizzate per ridurre le regressioni tariffarie per i macro-aggregati prioritari

sopra indicati o per rinegoziare attività nell'ultimo quadrimestre dell'anno con l'obiettivo di non avere cali importanti nell'erogazione dell'offerta ambulatoriale alla fine dell'anno.

Trasferimento risorse dalle attività di ricovero a quelle di specialistica ambulatoriale

E' ammesso alle seguenti condizioni:

- Le risorse trasferite dell'attività di ricovero devono essere principalmente riferite a quelle risultanti dalla riduzione dei 108 DRG ad elevato rischio di inappropriatezza, anche valutando i risultati conseguiti nel 2014 dalla struttura
- La Asl deve fornire il proprio parere vincolante e l'indicazione specifica di quali attività devono essere garantite con le risorse spostate dal ricovero.
- La quota di contratto trasferita dovrà essere finalizzata all'esecuzione delle prestazioni ambulatoriali in orari serale (dalle 17 alle 22) nei giorni feriali, al sabato e alla domenica.

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 DRG rispetto ai ricoveri afferenti ai restanti DRG non può superare su base regionale complessiva il valore del 22% (inclusi i ricoveri per residenti fuori regione). 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 complessiva di sistema sul valore dei 108 DRG con l'obiettivo di rientrare nella soglia del 22%.

Governo della mobilità passiva per le attività di ricovero

Con la presente Delibera vengono individuate dalla Giunta Regionale le risorse per garantire ai residenti in Lombardia, ovunque siano usufruite, le attività di ricovero e di specialistica ambulatoriale.

Per garantire il rispetto di questo budget, in attesa che nel corso del 2015 siano definiti degli accordi con le altre regioni per la mobilità interregionale, si stabilisce che gli eventuali aumenti di consumi extraregione da parte di residenti Lombardi, rispetto a quanto registrato nel 2014, verranno recuperati a consuntivo effettuando in proporzione delle riduzioni uguali su base regionale ai rimborsi delle prestazioni erogate per lombardi in Lombardia. Nel caso invece si riduca la quota di mobilità passiva parte delle risorse recuperate saranno utilizzate per incrementare le risorse destinate agli erogatori pubblici e privati accreditati e a contratto.

Impatto del CREG sui contratti

Al fine di perfezionare la modalità di remunerazione delle attività rese per i pazienti arruolati nel modello del CREG con l'obiettivo di misurare in modo preciso l'efficacia e la appropriatezza del modello stesso si stabilisce di integrare il sistema della negoziazione nei termini seguenti. Nel 2015 il valore (al netto del ticket, del superticket e delle regressioni tariffarie) delle prestazioni ambulatoriali relativo ai pazienti CREG

non sarà negoziato ma, una volta quantificato, conservato in un fondo che servirà nel corso del 2015 a remunerare le attività di specialistica erogate per i pazienti stessi. Il fondo sarà costituito riducendo il monte risorse negoziabile ASL per ASL secondo i consumi registrati nel 2014 per i pazienti stessi.

Nel corso del 2015 in ogni mese verrà effettuato un monitoraggio dei consumi e verranno erogati i finanziamenti, secondo le stesse regole in vigore nel 2015 per le restanti attività ambulatoriali (sconti e regressioni tariffarie), alle strutture presso le quali verranno erogate delle prestazioni per questi pazienti, entro il limite del fondo costituito.

2.3.1.2. PROGRAMMAZIONE TERRITORIALE DELLE ASL E METODO DI NEGOZIAZIONE

Nel quadro generale descritto è stato dato rilievo alla componente di programmazione territoriale nella regolazione degli aspetti di accreditamento, contrattualizzazione e regolazione del sistema di offerta.

Le ASL dovranno declinare questi indirizzi generali nel Documento di Programmazione e coordinamento dei Servizi Sanitari e Sociosanitari Annuale (DPCS), da produrre e trasmettere alla Regione entro il 31 gennaio 2015.

In tale documento dovranno essere indicati:

- Gli indirizzi di riordino della rete proposti, riportando in modo esplicito quali sono le branche e le attività sanitarie di interesse per la ASL stessa così da orientare la riorganizzazione della rete di offerta verso quelle attività che rispondono pienamente al bisogno clinico epidemiologico del territorio. L'obiettivo non è comunque quello di garantire la piena erogazione dell'attività all'interno dei confini dell'ASL, che deve essere mantenuta a livello regionale.
- Le azioni da porre in essere:
 - per la riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni più critiche, sia attraverso il governo della domanda e delle condizioni di erogazione, sia attraverso le indicazioni e gli obiettivi di produzione da inserire nei contratti;
 - per assicurare e monitorare l'estensione degli orari di apertura degli ambulatori nelle fasce serali e festive per favorire l'accessibilità alle cure dei lavoratori.
- Le conseguenti modalità con le quali, nel formulare le loro proposte contrattuali ed utilizzando la leva negoziale terranno conto 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; dell'obiettivo di riduzione dei ricoveri potenzialmente inappropriati. In particolare dovranno essere specificate le modalità previste in fase di negoziazione con gli erogatori per all'assegnazione delle risorse assegnate su base non storica (sia derivante dall'assegnazione della quota del 9% del budget ambulatoriale, sia dalla eventuale trasformazione di una quota parte del budget di ricoveri in ambulatoriale) che dovranno avere come riferimento prioritario:
 - la necessità di ordine epidemiologico (eccesso o difetto di consumi per determinate attività) e di accessibilità alle prestazioni (conformazione del territorio e tempi di attesa);
 - le soluzioni adottate per migliorare la qualità della prestazione erogata;
 - l'accesso all'attività ambulatoriale in tempi compatibili con l'attività lavorativa degli assistiti e quindi in fasce orarie serali e nei giorni di sabato e domenica.

La qualità dei progetti presentati, in termini di rapporto fra risultati attesi e tempi di esecuzione ed il monitoraggio del loro effettivo raggiungimento, costituiranno obiettivo strategico significativo per i direttori generali di ASL, unitamente al rispetto dei vincoli di bilancio.

Per le definizioni dei contratti 2015 per tutte le strutture si procederà nel modo seguente:

- Verranno effettuate assegnazioni complessive 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.
- Al fine di garantire continuità ai servizi resi ai cittadini (si ricorda che le condizioni negoziate per il 2014 terminano con la fine dell'esercizio stesso) le ASL dovranno provvedere a siglare entro il 31-12-2014 i contratti quadrimestrali per l'esercizio 2015, la cui valorizzazione relativa è pari ai 4/12 di quanto negoziato tra ASL ed Erogatore per l'anno 2014.
- Si conferma fin dal 1° di gennaio il mantenimento dell'operazione "Ambulatori aperti".
- Le quote di budget relative all'intera annualità saranno successivamente individuate dalle ASL. Le ASL entro il 10 aprile predisporranno le loro proposte che saranno valutate dalla DG Salute per verificare la loro compatibilità con il quadro economico complessivo di sistema. Le attività di negoziazione dovranno aver termine entro il 30 Aprile 2015.
- 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.
- Le ASL devono prevedere nel contratto che l'erogazione delle prestazioni sia distribuita in modo adeguato nel corso dell'anno ed i contratti stessi dovranno contenere delle precise clausole per i soggetti erogatori per garantire un'erogazione omogenea nel corso dell'anno e per coniugare la continuità dell'erogazione delle prestazioni nel corso dell'anno con le risorse economiche negoziate con le ASL. L'effettiva capacità di governo di questi elementi sarà elemento di valutazione dei direttori generali.

Strutture accreditate e non a contratto

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 dalle strutture ambulatoriali private extraospedaliere, in un anno (2013 in quanto ultimo esercizio completamente disponibile) nelle branche ambulatoriali per le quali le strutture sono accreditate.

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 pro-quota alle ASL, che potranno nelle loro proposte proporre nuove contrattualizzazioni per questa tipologia di strutture.

Erogatori pubblici

La legge 135/2012 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.

Accreditamento

Nelle more delle indicazioni regionali circa gli ambiti in cui sarà possibile effettuare nuovi accreditamenti ed orientare le trasformazioni degli assetti accreditati, è consentita la possibilità di trasferire e di trasformare, a parità di numero e di budget e con la valutazione positiva delle ASL, trasmessa alla DG Salute, delle UO di ricovero e delle branche ambulatoriali in strutture già accreditate e a contratto ed in particolare:

- il mantenimento della possibilità di procedere alla trasformazione di branche ambulatoriali, sezioni specialistiche di Servizi di Medicina di Laboratorio, posti letto in strutture già accreditate, senza incremento di budget, previa valutazione ASL;
- il mantenimento della possibilità di procedere alla trasformazione di UO di ricovero, applicando il rapporto di 2 a 1 senza incremento di budget, previa valutazione ASL;
- la possibilità di apertura di posti tecnici dialisi, sub acute, BIC, MAC per trasformazione in rapporto 1 a 1 di posti letto attivi e senza incremento di budget, previa valutazione ASL;
- la possibilità per i SMEL accreditati e a contratto con il SSR di apertura di "attività di prelievo", secondo le modalità previste dall'allegato 3 C della dgr n. VII/3313/2001, presso locali che dispongano dei requisiti igienico-sanitari previsti dalla normativa di settore, con accesso per tutti i cittadini, su richiesta delle amministrazioni locali allo scopo di facilitare l'accesso alle attività di prelievo in particolare delle categorie fragili.

Si ribadisce che non è possibile l'accREDITamento di ulteriori branche ambulatoriali o di sezioni specialistiche di Servizi di Medicina di Laboratorio, mentre potranno eventualmente essere accreditate attività coinvolte nel riordino della rete riabilitativa. In particolare potranno essere autorizzate conversioni con rapporto 1 ad 1 di letti di tipo ordinario e non solo di day hospital in postazioni di MAC (macroattività ambulatoriali complesse) soprattutto per le attività di riabilitazione in esito di protesizzazione elettiva.

Viene mantenuta la disposizione delle Regole 2014 circa la possibilità di utilizzare 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 i residenti Lombardi in caso di richiesta non governabile di ricovero proveniente da cittadini residenti in altre regioni.

Nel corso del 2015 saranno perfezionati i percorsi per la definizione dei requisiti per l'accREDITamento di: Stroke unit, Laboratori di elettrofisiologia, Centri per le Staminali Emopoietiche (CSE), Centri PMA, Farmacie Ospedaliere, POT.

Nel corso del 2015 saranno analizzate e proposte modalità più appropriate per rispondere a problematiche socio sanitarie emergenti quali tra l'altro disturbi alimentari, alcool dipendenze ecc.

2.3.1.3. PROCEDURE MONOPERATORE

In ottemperanza a quanto disposto dalla DGR n. IX/4334 del 26.10.2012 in tema di accreditamento, come declinato nella DGR n. IX/4605 del 28.12.2012 (Allegato B), si integra l'elenco positivo introdotto con la stessa DGR n. IX/4605/2012, relativo a procedure interventistiche che possono essere effettuate da un unico operatore medico chirurgo anche in regime di ricovero ordinario.

Come già chiarito con i suddetti atti normativi, si ricorda che i citati elenchi, sintesi degli approfondimenti in materia condotti dal gruppo di lavoro identificato con DDG n. 4304 del 13.05.2011 *“Costituzione del gruppo di lavoro regionale per l'accreditamento, l'appropriatezza e il controllo delle prestazioni sanitarie di ricovero ed ambulatoriali”* e successivi atti di rinnovo, è riferito a:

- procedure di regola eseguite in ambiti a minore intensità assistenziale (chirurgia ambulatoriale – BIC - o ricovero diurno), rintracciabili però anche nel corso di ricoveri tramutati in ordinario per sopraggiunte necessità cliniche di prolungamento della degenza;
- procedure di microchirurgia eseguite in regime di ricovero ordinario, in cui le dimensioni del campo operatorio non favoriscono la partecipazione di un secondo operatore.

Si ribadisce altresì che la suddetta disposizione è applicabile solo a prestazioni non urgenti e prevedendo la presenza nella struttura di ricovero di un secondo chirurgo prontamente reperibile. Con il termine *“prontamente reperibile”* si intende che l'operatore sia presente nella struttura, allertato e dedicato a mansioni che possono essere interrotte in qualsiasi momento.

Come precedentemente chiarito, il concetto di *“pronta reperibilità”* è applicabile anche all'operatore medico anestesista, in caso di effettuazione di anestesia locale (ma non loco-regionale).

Il descritto elenco positivo sarà aggiornato periodicamente dalla Direzione Generale Salute, la quale può avvalersi della collaborazione del citato Gruppo di Lavoro permanente, predisponendo quindi la pubblicazione periodica degli aggiornamenti tramite i relativi verbali di riunione, con valenza di norma.

Si precisa altresì che con successivo atto regionale saranno forniti gli specifici codici di procedura cui far riferimento per la corretta individuazione delle prestazioni di cui al Sub Allegato 1.

2.3.2. REVISIONE DEL SISTEMA TARIFFARIO

Nel 2014, secondo gli indirizzi delle *“Regole di sistema”*, è stata avviata la rilevazione analitica, attraverso i sistemi di controllo di gestione, dei costi di produzione dei ricoveri, al fine di poter aggiornare le tariffe di riferimento dei DRG.

La metodologia di analisi è illustrata nel Sub Allegato 2.

Nella proposta di modifica delle tariffe, oltre al costo di produzione, si è dovuto tenere conto della pubblicazione delle tariffe massime ministeriali laddove le tariffe della Lombardia si differenziano in modo significativo. Quindi la proposta di tariffario per l'anno 2015 tende ad allineare il tariffario Lombardo nella direzione di quello Ministeriale preservando però specifiche valutazioni su alcuni specifici DRG ed alcune specifiche aree di offerta.

Si tratta di una prima tappa di un lavoro di revisione delle tariffe che nel 2015 dovrà trovare ulteriori sinergie e congruenze con le determinazioni che a livello nazionale saranno assunte relativamente alla valorizzazione ed alla quantificazione della attività erogate in mobilità interregionale. Potranno quindi essere previste in corso d'anno ulteriori determinazioni di aggiornamento in funzione degli esiti di tale attività.

Regione Lombardia ha a disposizione un'accurata ed esaustiva documentazione relativa ai costi sostenuti nel 2013 dalle strutture pubbliche e private accreditate per erogare le attività di ricovero e cura. Queste importanti informazioni potranno essere messe a disposizione del Ministero della Salute come materiale tecnico utile a supporto delle decisioni che saranno prese a livello nazionale relativamente alle regole di remunerazione della mobilità interregionale.

L'ipotesi sviluppata mantiene quindi il livello di tariffe esistenti ma riduce i gap rispetto il tariffario ministeriale e corregge in parte il finanziamento di alcune specialità che non hanno margini o ne hanno in eccesso.

Nel nuovo tariffario (Sub allegato 3) circa 200 DRG conservano una tariffa superiore a quella del ministero, oltre 270 DRG si posizionano ad una tariffa inferiore e i rimanenti risultano sostanzialmente allineati al tariffario ministeriale.

Complessivamente le modifiche introdotte – applicate al mix di produzione annuale - non modificano il volume complessivo della produzione.

Oltre alle modifiche delle tariffe in vigore, alcuni DRG verranno caratterizzati nell'anno 2015 da una diversa tariffa in funzione di procedure o diagnosi presenti nella scheda di dimissione ospedaliera. La descrizione di queste modifiche è presente in dettaglio nel Sub Allegato 4.

2.3.3. ASPETTI RELATIVI AL RIORDINO DELLA RETE DI OFFERTA

L'approvazione del Patto per la Salute 2014/2016 e l'Accordo Stato-Regioni relativo al regolamento "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" pongono dei precisi obiettivi rispetto al tasso di posti letto, alla rete dell'emergenza e dell'urgenza, ai livelli della rete ospedaliera ed al numero di unità operative afferenti alle diverse discipline, al numero minimo di letti per acuti necessari per poter accreditare e assegnare un contratto una struttura privata accreditata".

Con un recente parere il Consiglio di Stato ha evidenziato delle osservazioni formali e di contenuto rispetto al regolamento degli standard ospedalieri che quindi dovrà essere riformulato da parte del Ministero. Nel 2015 è comunque prevedibile che il regolamento divenga esecutivo e che si debbano pertanto avviare le attività di conseguente riordino della rete, da completare entro il 2016.

Accanto alle disposizioni regolamentari previste dalla legislazione nazionale, le Aziende Sanitarie lombarde hanno avviato da anni progetti di revisione organizzativa che permettano di migliorare efficienza nei processi di gestione operativa, sia nell'erogazione dei processi assistenziali, sia nell'attività amministrativa. Tali progettualità vanno sviluppate in modo sistematico, traendo spunto dalle migliori pratiche già in essere, in modo da poter migliorare l'efficienza nella gestione delle risorse umane e ridurre la spesa di beni e servizi senza incidere su qualità e quantità delle prestazioni erogate.

Ambito aziendale

- Potenziamento delle attività di BIC, Day Surgery, Week Surgery con contestuale riduzione/ chiusura di degenze ordinarie H24 di specialità chirurgiche e favorire l'organizzazione dell'ospedale per intensità di cura e/o secondo le modalità già previste dalla dgr 9014/2009;
- Potenziamento delle attività MAC e sub acuti con contestuale riduzione / chiusura di degenze internistiche per acuti;
- Inserimento di attività di Assistenza Primaria con definizione di percorsi di integrazione e di collaborazione diretta tra MMG – PLS e Specialisti Ospedalieri;
- Consolidamento e aggregazione delle attività e unità operative, anche a livello interaziendale, che non richiedono una diffusione capillare sul territorio (laboratori di analisi, riabilitazioni, servizi farmacia), anche accompagnate dalla riduzione del numero di stabilimenti aziendali attivi;
- Rimodulazione dei servizi di Pronto soccorso in relazione al numero effettivo di accessi per fascia oraria, anche attraverso protocolli di integrazione con i servizi di continuità assistenziale;
- Miglioramento della gestione operativa dei blocchi operatori;
- Riduzione dei tempi di attesa di posti letto per pazienti urgenti migliorando l'integrazione fra le aree di emergenza e di PS e il resto dell'ospedale;
- Miglioramento della gestione delle liste di attesa;
- Riduzione e controllo delle infezioni acquisite in ospedale.

Ambiti di collaborazione interaziendali che prevedano funzioni sovra-aziendali per:

- Rimodulazione dell'attività di laboratorio all'interno dell'ambito territoriale secondo le linee guida indicate per l'Area Metropolitana di Milano;
- Integrazione di modelli organizzativi di guardia e pronta disponibilità soprattutto nelle discipline di alta specializzazione, dei servizi diagnostici, laboratoristici e trasfusionali;
- Modelli organizzativi che permettano di condividere tecnologie ad alto costo e tecniche chirurgiche complesse anche attraverso convenzioni tra enti che permettano la mobilità di equipe (ad esempio radioterapia e chirurgia mininvasivi, robotica etc.);
- Modelli di integrazione dell'attività di emergenza-urgenza e rimodulazione della rete dei pronto soccorso, DEA, EAS;
- Adesione di AREU e delle AA.OO. al progetto di integrazione del flusso informativo tra sistemi gestionali del 118 e dei PS.

La DG Salute, con circolare da emanarsi entro il 31 gennaio, individua in questi ambiti obiettivi specifici da raggiungere a livello di sistema e una serie di indicatori di riferimento utili che permettano alle aziende di valutare il proprio posizionamento rispetto al benchmark regionale e determinare quindi le proprie priorità

di intervento ed individua degli schemi tipo per la redazione di progetti da parte delle Aziende. All'esecuzione dei progetti potranno essere vincolate le risorse disponibili per la ricerca sanitaria a supporto dell'evoluzione del SSR di cui al capitolo 2.7.

Le Aziende Ospedaliere, entro il 28 febbraio, devono predisporre uno o più progetti analitici riferiti ai temi proposti, individuando i risparmi di spesa in termini di costi cessanti che questi producono, la durata degli stessi, i risultati attesi nel 2015.

La qualità dei progetti presentati, in termini di rapporto fra risultati attesi e tempi di esecuzione ed il monitoraggio del loro effettivo raggiungimento, costituiranno obiettivo strategico significativo per i Direttori Generali di AO, unitamente al rispetto dei vincoli di bilancio. La valutazione dei progetti sarà operata da un commissione che verrà istituita ad hoc.

Allo stesso modo la valutazione dei capi dipartimento, in termini di obiettivi di mandato, dovrà essere svolta a livello aziendale anche in riferimento ai risultati raggiunti.

Trattandosi di progetti di miglioramento dei processi assistenziali che coinvolgono tutto il personale aziendale ed in particolare i dipartimenti ospedalieri, tali progettualità verranno proposte dalla parte pubblica nella contrattazione per le risorse aggiuntive regionali.

2.3.3.1. REGOLAMENTO STANDARD OSPEDALIERO E RIORDINO DELLE ALTA SPECIALITÀ

Sulla base dei parametri relativi ai bacini di utenza definiti dal regolamento sugli standard ospedalieri risulta che, anche dopo il riordino già effettuato in Lombardia nel corso del 2014, sussiste un eccesso di unità operative di alta specialità rispetto ai livelli massimi previsti.

Sarà necessario procedere, a seguito della emanazione definitiva del regolamento, ad un nuovo atto di riordino della rete delle stesse, da completarsi entro il 2016.

Si può comunque prevedere che fin dal 2015 si debbano intraprendere delle attività finalizzate a ridefinire il numero delle unità operative afferenti alle alte specialità secondo criteri quantitativi, di tipologia di interventi erogati e di efficacia degli stessi e che terranno conto dei rilievi formulati dal Tar rispetto ai ricorsi sulle seguenti delibere:

- DGR 271 del 19/06/2013" 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 pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini" art. 15 comma 13 lettera c) e della DGR 4160/2012;
- DGR 1186 del 20/12/2013 "Terzo provvedimento contenente indicazioni per il riordino della rete delle alte specialità in attuazione della legge 135/2012, "disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini" art. 15 comma 13 lettera c).

In linea generale si ritiene che l'ulteriore provvedimento utilizzerà, al fine della ulteriore riduzione delle UO di alta specialità, il criterio di revocare l'accreditamento per le unità operative che risulteranno essere le meno performanti qualitativamente e consistenti numericamente sulla base di specifici ranking che saranno realizzati dalle attività erogate nell'ultimo triennio completamente disponibile (2012-2013-2014).

2.3.3.2. RIORDINO DELLA RETE DEI SERVIZI DI MEDICINA DI LABORATORIO (SMEL) DELLE STRUTTURE PUBBLICHE

Nell'ottica di prosecuzione del percorso di razionalizzazione delle attività dei Servizi di Medicina di Laboratorio già intrapreso dal 2012, che ha visto il forte coinvolgimento degli esperti del settore, in particolare dei professionisti che operano nel Comitato Regionale di Esperti di Servizi di Medicina di Laboratorio (CReSMeL), si approvano le considerazioni di cui al Sub Allegato 5 che prendono origine dall'analisi dei dati di attività raccolti nel 2013 e sono state approvate dal Comitato stesso nella seduta del 20 novembre 2014.

In applicazione ai contenuti già espressi dalla DGR 1185/13 e successive modifiche e integrazioni in aderenza alle linee di indirizzo proposte dal su citato CReSMeL verrà avviato nel 2015 con successivi provvedimenti di Giunta il riordino dei SMeL pubblici della città di Milano.

2.3.3.3. SOGLIE DI ACCREDITABILITÀ E SOTTOSCRIVIBILITÀ CONTRATTI PER STRUTTURE OSPEDALIERE PRIVATE

Si riportano di seguito le indicazioni contenute nel regolamento per gli standard che al punto 2.5 dell'allegato introduce alcune soglie di accreditabilità e di sottoscrivibilità degli accordi contrattuali, per le strutture ospedaliere private.

Si stabilisce, in particolare che, a partire dal 1° gennaio 2015 entri in vigore e sia operativa una soglia di accreditabilità e di sottoscrivibilità degli accordi contrattuali annuali, non inferiore a 60 posti letto per acuti, ad esclusione delle strutture mono-specialistiche per le quali è fatta salva la valutazione regionale dei singoli contesti secondo le modalità di seguito riportate. Al fine di realizzare l'efficientamento della rete ospedaliera, per le strutture accreditate già esistenti alla data del 1° gennaio 2014, che non raggiungono la soglia dei 60 posti accreditati per acuti, anche se dislocate in siti diversi, sono favoriti i processi di riconversione e/o di fusione attraverso la costituzione di un unico soggetto giuridico ai fini dell'accREDITamento da realizzarsi entro il 30 settembre 2016 al fine di consentirne la piena operatività dal 1° gennaio 2017. In questi casi, con riferimento al nuovo soggetto giuridico ai fini dell'accREDITamento,, la soglia dei posti letto complessivi non può essere inferiore a 80 posti letto per acuti e le preesistenti strutture sanitarie che lo compongono devono assicurare attività affini e complementari. Di norma, il processo di fusione delle suddette strutture deve privilegiare l'aggregazione delle stesse in unica sede e, preliminarmente, ciascuna struttura oggetto di aggregazione finalizzata alla costituzione del nuovo soggetto accREDITato deve possedere una dotazione di posti letto autorizzati e accREDITati non inferiore a 40 posti letto per acuti. Gli eventuali processi di rimodulazione delle specialità delle strutture accREDITate verranno effettuati in base alle esigenze di programmazione regionale. Conseguentemente dal 1° luglio 2015 non possono essere sottoscritti contratti con strutture accREDITate con meno di 40 posti letto per acuti. Dal 1° gennaio 2017 non possono essere sottoscritti contratti con le strutture accREDITate con posti letto ricompresi tra 40 e 60 posti letto per acuti che non sono state interessate dalle aggregazioni di cui al precedente periodo.

Con specifica Intesa in Conferenza Stato-Regioni da sottoscrivere entro il 30 settembre 2014 sono individuati gli elenchi relativi alle strutture mono-specialistiche e alle strutture dotate di discipline complementari, ivi ricomprendendo le relative soglie di accREDITabilità e di sottoscrivibilità dei contratti, nonché sono definite le attività affini e complementari relative all'assistenza sanitaria ospedaliera per acuti.

Una volta reso esecutivo il regolamento e perfezionata l'intesa relativa agli elenchi delle strutture mono-specialistiche e delle strutture dotate di discipline complementari, si provvederà a dare applicazione a tali indicazioni con specifici atti di Giunta.

2.3.3.4. PUNTI NASCITA E RETE MATERNO INFANTILE

Rete per l'assistenza alla madre e al neonato

Occorre proseguire nella riorganizzazione dei Punti Nascita con numero parti < 500/anno (valutazione media tre anni) e comunque, nell'attuazione dell'Accordo Stato-Regioni del dicembre 2010 e della DGR 1185/2013. Le Asl interessate dovranno presentare dei progetti di rimodulazione dell'attività entro marzo 2015 e prevedendo l'attuazione di quanto previsto entro giugno 2015. Proseguire con quanto iniziato in Regione Lombardia, con le D.g.r. n. IX/ 3976 del 6 agosto 2012 e la D.g.r n. IX/4605/2012, la DGR X /1185/2013 per quanto concerne la definizione degli strumenti di misura per la valutazione della qualità e sicurezza della rete dei Punti Nascita attraverso l'utilizzo dei dati di SDO e CEDAP al fine di definire elementi per il Governo Clinico e la programmazione della rete di offerta.

- **Accordo Stato-Regioni del 16.12.2010 su sicurezza e appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita**
 - Identificazione di modelli organizzativi per il miglioramento della continuità Ospedale/Territorio – progetto unico per ogni ASL con tutte le AO dotate di Punto Nascita coinvolte. Progetti da presentare entro aprile 2015, con validazione del Comitato Percorso Nascita Locale, comprensivo degli indicatori. Applicazione e operatività entro settembre. Aree tematiche indicative:
 - 1) Cartella unica per controllo gravidanza/puerperio.
 - 2) Sostegno dell'allattamento naturale.
 - 3) Individuazione di situazioni a rischio sociale e percorsi di protezione durante la gravidanza/puerperio.
 - 4) individuazione, prevenzione e sostegno per la depressione post partum.

- **Sperimentazioni e riorganizzazioni della rete in coerenza dell' Accordo Stato-Regioni 2010**
 - Sperimentazioni di modalità innovative per favorire la continuità assistenziale e la remunerazione, anche tra organizzazioni di natura amministrativa diversa del processo assistenziale gravidanza-travaglio-parto-nascita-puerperio e primi controlli neonatali. Sperimentazione in due ASL campione da settembre 2015;
 - Miglioramento della sicurezza, efficacia ed efficienza della rete per l'assistenza a madri e neonati attraverso l'aggregazione, in caso di patologia della gravidanza o minaccia di parto prima del termine, della casistica più complessa con necessità assistenziali elevate.
 - Accentuazione del processo organizzativo di concentrazione in Centri di Riferimento della patologia della gravidanza e della patologia neonatale in coerenza con quanto definito dall'Accordo Stato/Regioni del 2010 e a quanto proposto dal Comitato Percorso Nascita Regionale. Progetto sperimentale in tre ASL limitrofe in cui sia già attivo STEN e STAM; progetto (comprensivo di indicatori) entro marzo 2015, operatività sperimentale da giugno.
 - Attivazione in coerenza con quanto definito dall' Accordo Stato-Regioni del 2010 e a quanto proposto dal Comitato Percorso Nascita Regionale di trasporto assistito materno (STAM) e sistema di trasporto emergenza neonatale (STEN) su tutta la Regione. Progetto, unico per ogni ASL che coinvolga tutte le AO con Punto Nascita comprensivo degli indicatori, entro aprile 2015, attivazione sperimentale entro settembre.
 - Attuazione di modalità organizzative in coerenza con quanto definito dall' Accordo Stato/Regioni del 2010 e a quanto proposto dal Comitato Percorso Nascita Regionale, entro

giugno 2015, per consentire la parto analgesia H 24 in almeno un Punto Nascita per ogni AO.

Rete SIDS (Sindrome della morte improvvisa del lattante)

- In tale ambito si procederà:
 - o all'Individuazione di un Comitato Esecutivo - cabina di regia della rete composta da figure di esperienza per assicurare la competenza clinica/gestionale e la funzione di indirizzo e programmazione regionale;
 - o all'avvio di sperimentazioni attraverso modalità innovative per favorire la presa in carico della famiglia alla luce del DECRETO 7 ottobre 2014 "Protocolli diagnostici nei casi della morte improvvisa infantile e della morte inaspettata del feto. (14A08847) (GU Serie Generale n.272 del 22-11-2014 - Suppl. Ordinario n. 89).

2.3.3.5. ASPETTI RELATIVI ALLE RETI DI PATOLOGIA

Le reti di patologia costituiscono una realtà ormai consolidata nel Sistema Sanitario Regionale che realizza un modello organizzativo basato sulla collaborazione e la sinergia tra i professionisti della sanità attraverso la diffusione di conoscenze e la condivisione di Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali (PDTA) per un'opzione terapeutica sempre più efficace, appropriata e sostenibile.

Regione Lombardia, attraverso le reti di patologia, assicura che ciascun paziente riceva un trattamento adeguato alle sue necessità, in modo omogeneo su tutto il territorio regionale.

- Rete Ematologica Lombarda (REL)
- Rete Oncologica Lombarda (ROL)
- Rete Nefrologica Lombarda (ReNe)
- Rete Stroke
- Rete Stemi
- Rete Diabete

Obiettivi generali:

1. Sviluppo ed evoluzione del governo delle reti di patologia con finalità di ulteriore razionalizzazione ed efficientamento del loro funzionamento, valorizzando anche la modalità organizzativa del Dipartimento Interaziendale.
2. Nomina e strutturazione per ogni singola rete di uno specifico Comitato Esecutivo (CE). Il CE è un Board propositivo e operativo che supporta l'implementazione delle reti. In ogni CE sono rappresentate le Società Scientifiche di riferimento, la DG Salute e i professionisti del Sistema Sanitario Regionale.
3. Obiettivi primari del governo delle reti:
 - a. definizione di Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali (PDTA) con particolare attenzione al tema dell'appropriatezza clinica, dell'efficienza dei modelli organizzativi e della razionalizzazione delle risorse;

- b. definizione di indicatori di monitoraggio/valutazione dei PDTA di patologia;
- c. verifica dei PDTA attraverso lo strumento degli Audit interni ed esterni.

In particolare per la Rete Stroke

- 1. Formalizzazione dei requisiti istituzionali di autorizzazione e accreditamento delle Stroke Unit.

In particolare per la Rete Diabete

- 1. Il Comitato Esecutivo della rete diabete si strutturerà in due Tavoli di lavoro distinti: uno per gli adulti e uno per l'età pediatrica comportando attività e obiettivi diversi. Oltre agli obiettivi primari del governo delle reti sopra elencati, il CE della rete diabete avrà il compito prioritario di sviluppo e supporto all'attuazione del Piano Nazionale Diabete recepito con la d.g.r. n. X/2565 del 31/10/2014. Data la complessità delle implicazioni di una patologia a forte impatto sociale, il CE deve essere caratterizzato da un approccio multidisciplinare anche attraverso la partecipazione dei rappresentanti delle Associazioni di pazienti.
- 2. Approvazione dei documenti di Linee guida elaborati dal CE Diabete con particolare riguardo a:
 - a) diabete e gravidanza;
 - b) piede diabetico;
 - c) modalità per l'attestazione del profilo di rischio da attribuire ai soggetti diabetici per il rinnovo della patente di guida.
- 3. Avvio del processo di aggiornamento della normativa regionale in tema di diabete (l.r. n. 33/2009) alla luce della necessità di completa attuazione del Piano Nazionale Diabete e di conseguente adeguamento/modifica del modello organizzativo di riferimento.

In particolare per la Rete Oncologica Lombarda (ROL)

- 1. Prosecuzione dell'attività degli 8 Work Package previsti dal "Progetto ROL 4: managed care network" approvato con DGR n. X/1467 del 6/03/2014.
- 2. Perfezionamento di Linee Guida e Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali (PDTA) per garantire continuità assistenziale e appropriatezza di cura.
- 3. Perfezionamento, con il supporto dei professionisti membri del Comitato Esecutivo ROL e dei Coordinatori DIPO, degli indicatori del PDTA del carcinoma della mammella e colon-retto.

RETE PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA (PMA)

- 1. Perfezionamento dei requisiti di autorizzazione e accreditamento dei centri PMA conformemente ai D.lgs. n. 191/2007 e n. 16/2010 anche alla luce dell'introduzione della possibilità di fecondazione eterologa in seguito alla pronuncia della Corte Costituzionale del 9 aprile – 10 giugno 2014.

2. Prosecuzione delle attività di verifica ispettiva dei Centri PMA a cadenza biennale nell'ambito del complessivo piano dei controlli delle ASL.
3. Prosecuzione della fase sperimentale della rete regionale di PMA.

RETE EPILESSIA (EPINETWORK)

1. Individuazione di Comitato Esecutivo - cabina di regia della rete composta da figure di esperienza per assicurare la competenza clinica/gestionale e la funzione di indirizzo e programmazione regionale.
2. Revisione delle Raccomandazioni/Linee Guida e Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali (PDTA) per garantire continuità assistenziale e appropriatezza di cura, già approvate con DDG n.2028/2004 e pubblicate su sito istituzionale e introduzione di nuove raccomandazioni.
3. Aggiornamento degli elenchi delle strutture ospedaliere aderenti a Epinetwork già approvate con DDG 17825 del 30.11.2005 e pubblicate su sito istituzionale.

RETE CURE PALLIATIVE E RETE TERAPIA DEL DOLORE

- Riclassificazione degli assetti organizzativi accreditati delle Strutture rispetto ai seguenti livelli erogativi: Hospice sanitari, Day hospice, Cure domiciliari Cure Palliative (STCP), Centri specialistici per la terapia del dolore di I e di II livello.
- Monitoraggio sullo stato di attuazione delle Reti locali di Cure palliative, anche al fine di uno sviluppo omogeneo della rete assistenziale su base regionale.
- Monitoraggio dell'impatto della prima fase di attuazione della D.g.r. n.X/2563/2014 "Prime determinazioni in merito allo sviluppo della rete di terapia del dolore in Regione Lombardia in attuazione alla d.g.r. n. IX/4610/2012" che ha, tra l'altro, individuato quattro Centri di Terapia del dolore di Secondo Livello, nonché verifica della omogenea diffusione dell'offerta assistenziale erogata sul territorio regionale al fine di una definitiva implementazione della Rete di Terapia del Dolore. Tali azioni saranno effettuate anche attraverso:
 - la definizione delle modalità di esplicazione delle funzione di coordinamento della rete da parte dei Centri di Terapia del Dolore di Secondo livello in stretta integrazione con la DG Salute, prevista al punto 3 della citata D.g.r. 2563/2014;
 - l'implementazione del percorso di analisi dei flussi informativi, secondo la metodologia già avviata dalla DG Salute avvalendosi del GAT di Terapia del Dolore.
- Formazione degli operatori delle Reti per le Cure palliative e per la Terapia del dolore.

RETE MALATTIE RARE

Si richiama la DGR n. X/1399 del 21/02/2014, avente ad oggetto "Aggiornamento della rete regionale per le malattie rare e predisposizione di ulteriori indicatori per l'individuazione dei presidi della rete regionale per

le malattie rare”, che ha, tra l'altro previsto che “l'aggiornamento complessivo della rete regionale delle malattie rare, che riguarderà sia i Presidi già nella RMR (conferma o mancata inclusione nella RMR per la singola patologia), sia le candidature a nuovo Presidio o per nuove patologie, avverrà entro il 31 dicembre 2014”.

Dato atto che, allo stato attuale, la disponibilità dei dati del Registro regionale MR, aggiornati al 30.6.2014, risulta solo parziale e non consente pertanto l'aggiornamento complessivo della rete regionale delle malattie rare entro il 31.12.2014, si dispone che, anche in base a quanto proposto dal Nucleo di Valutazione riunitosi in data 9.12.2014, di modificare aggiornando il termine dell'aggiornamento complessivo della rete regionale delle malattie rare al 15.03.2015.

RETE DELLE UNITÀ OPERATIVE OSPEDALIERE DI MEDICINA DEL LAVORO (UOOML)

Le UOOML (d.g.r. 3 dicembre 1999 n° VI/46797), rappresentano un elemento specifico dell'organizzazione socio-sanitaria lombarda, unico nella realtà della sanità e della prevenzione in Italia.

Le UOOML sono Servizi Specialistici di AAOO e di IRCCS pubblici, forniscono supporto clinico e specialistico ai Dipartimenti di Prevenzione delle ASL, e garantiscono prestazioni specialistiche, valutazioni e consulenze per il SSN e per soggetti terzi, pubblici e privati, in tema di identificazione e controllo di fattori di rischi esogeni (ambiente, occupazione, stili di vita, ecc.) e di diagnosi precoce e prevenzione dei quadri patologici ad essi correlati, avvalendosi di un approccio multidisciplinare (clinico, tossicologico, ergonomico, epidemiologico, igienistico, ecc.) proprio delle competenze di queste unità operative ospedaliere.

Nel contesto della riorganizzazione in corso del SSR nel 2015 verrà avviato un percorso di riordino del ruolo e delle attività anche di tali strutture lungo due principali linee:

1. Riordinarne le funzioni e le prestazioni rese, riallocando laddove possibile le diverse attività nel flusso ambulatoriale;
2. Specificarne singoli ruoli, compiti e responsabilità all'interno di una logica di RETE capace di evitare sovrapposizioni, di valorizzare complementarità e di assicurare efficace coordinamento, specie nelle aree più significative riconducibili a «funzione». Tra queste, in coerenza con le strategie regionali e in sinergia con i servizi territoriali, sono di particolare rilevanza:
 - a. ricerca/emersione dei tumori di riconosciuta o probabile origine professionale;
 - b. definizione di un '*core protocol*' per la sorveglianza sanitaria degli addetti in sanità;
 - c. valutazione dell'impatto sulla salute conseguente a nuovi progetti/impianti/infrastrutture;
 - d. definizione di un '*core protocol*' per la sorveglianza sanitaria degli ex-esposti ad amianto e avvio di tale sorveglianza prevedendone, a breve/medio termine, la valutazione di appropriatezza ed efficienza e, a lungo termine, di efficacia.

Tale Rete potrà anche contribuire all'indirizzo e alla verifica della qualità e dell'efficacia e della appropriatezza degli interventi di tutela della salute nei luoghi di lavoro del territorio di competenza, siano essi svolti da entità pubbliche o private, garantendo anche in questo modo protezione e promozione di salute e sicurezza per i lavoratori lombardi.

2.3.3.6. SISTEMA TRASFUSIONALE E DEI TRAPIANTI

SISTEMA TRASFUSIONALE

Lo sviluppo del Sistema Trasfusionale Regionale, attraverso l'azione sinergica di indirizzo e programmazione della DG Salute e l'azione di coordinamento di AREU/SRC, ha raggiunto elevati livelli di qualità e sicurezza, oltre a garantire l'autosufficienza territoriale di sangue ed emocomponenti e partecipare alle necessità nazionali. Questi risultati, sono costantemente mantenuti anche attraverso la previsione e la sperimentazione di modelli organizzativi innovativi in un'ottica di efficientamento del sistema e di razionalizzazione delle risorse. L'attuale assetto rinnovato richiederà, nel corso del 2015, anche una revisione delle norme specifiche che aggiorni la vigente legge regionale n. 5 dell'8/02/2005, "*V° piano regionale sangue e plasma della Regione Lombardia per gli anni 2005-2009*". Vi è infatti l'esigenza di dotarsi di uno strumento normativo che fissi in pochi articoli gli obiettivi del Sistema Trasfusionale Regionale, ne individui i soggetti attuatori e le funzioni ad ognuno assegnate, rinviando le scelte di "*governance*" e organizzative ad atti di indirizzo e programmazione offrendo l'opportunità di modificare ed adeguare il Sistema alle nuove esigenze evolutive con maggiore efficacia e tempestività.

Il programma per il 2015 prevede:

1. Perfezionamento del processo di riorganizzazione/centralizzazione del Sistema Trasfusionale Regionale, in attuazione della d.g.r. n. X/1632/2014.
2. Perfezionamento del processo di adeguamento ai requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi previsti dall'Accordo Stato-Regioni del 16/12/2010 introdotti per i servizi trasfusionali.
3. Prosecuzione del programma di visite ispettive alle Strutture trasfusionali regionali e alle Unità di Raccolta a gestione associativa, per la verifica con cadenza biennale, della sussistenza dei requisiti minimi vigenti.
4. Ridefinizione complessiva del modello economico a supporto del processo di riorganizzazione/centralizzazione del sistema trasfusionale regionale. Gli assi portanti dell'intervento in questo settore, poggiano in via generale, sulla semplificazione dell'attività di gestione amministrativa ed economica a livello di compensazione degli emocomponenti e degli emoderivati tra Aziende Ospedaliere, sullo studio di un nuovo sistema tariffario per le attività di lavorazione/validazione del sangue e dei suoi componenti e sulla necessità di eliminare il meccanismo di fatturazione tra A.O.

TARIFFE

1. La tariffa pari a € 18,00 relativa al test NAT per HIV, HCV e HBV (TRINAT) ricomprende anche il costo del test NAT per West Nile Virus, eseguito ogni anno nel periodo luglio-novembre in attuazione delle consuete misure di prevenzione e sorveglianza attiva riferita alle donazioni di sangue e alla medicina dei trapianti per contrastare la trasmissione dell'infezione da West Nile Virus.
2. Le prestazioni ricomprese nella TRINAT erogate nel corso del 2014, saranno corrisposte a consuntivo attraverso il provvedimento per la remunerazione delle funzioni sanitarie non tariffabili e previo confronto dei volumi esposti con i dati rilevati dal registro regionale sangue.

SISTEMA REGIONALE TRAPIANTI

La medicina dei trapianti costituisce una pratica terapeutica ampiamente consolidata ed efficace che ha assunto nel tempo dimensioni rilevanti, sia in termini di numero di interventi, che di risultati raggiunti in conseguenza del progresso scientifico e del continuo perfezionamento delle tecniche operatorie.

L'azione di Regione Lombardia negli anni si è orientata a favorire la diffusione della cultura della donazione, a potenziare le attività di reperimento degli organi e dei tessuti e a promuovere la formazione e l'aggiornamento degli operatori. Regione Lombardia intende perseguire l'ulteriore miglioramento qualitativo delle attività attraverso interventi di razionalizzazione dell'intero processo donazione-trapianto, anche consolidando il ruolo del Centro di Riferimento regionale per i Trapianti, in forza della convenzione tra la Regione e la Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano.

1. Proposta di complessiva revisione del modello organizzativo del sistema regionale trapianti attraverso un aggiornamento dei ruoli e compiti dei diversi soggetti coinvolti nella rete. Il progetto di riorganizzazione della rete trapianti, si svilupperà partendo da questi fondamentali snodi:
 - *Centro di Riferimento Regionale (CRR)*
 - *Centri Regionali per il Trapianto*
 - *Coordinatore regionale del prelievo e trapianto*
 - *Coordinatori Locali del prelievo*
 - *Comitato Esecutivo della rete*
2. Valutazione dell'opportunità, in un'ottica di efficientamento della rete, di un programma di riordino interaziendale dei Centri trapianti, valorizzando anche la modalità organizzativa del Dipartimento Interaziendale. In particolare verrà posta particolare attenzione alle sinergie possibili nelle attività dei Centri Trapianti di polmone, fegato e rene presenti nella città di Milano. A questo riguardo le AO Niguarda e la Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano, verranno chiamate a predisporre progetti di integrazione specifici.

Raccolta, manipolazione ed impiego clinico di cellule staminali ematopoietiche

1. Prosecuzione dell'attività del Tavolo di Lavoro CSE finalizzata ad elaborare la proposta di requisiti di autorizzazione e accreditamento 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, in coerenza con i requisiti di autorizzazione/accreditamento vigenti.
2. Adozione del provvedimento per la formalizzazione dei requisiti istituzionali di autorizzazione e accreditamento delle Unità cliniche di trapianto di CSE, dei Centri di raccolta di CSE e dei laboratori di processazione di CSE, previo passaggio di discussione e condivisione nella III^o Commissione Consiliare - Sanità e politiche sociali.

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

1. Adozione del provvedimento per l'individuazione dei Centri donatori e dei Poli di Reclutamento dei donatori di CSE, al fine della formalizzazione della funzione svolta che consenta il perfezionamento degli atti convenzionali per le rendicontazioni economiche delle attività di tipizzazione e di reclutamento, secondo le tariffe e le modalità organizzative definite a livello nazionale.
2. Monitoraggio dell'attività di reclutamento dei donatori iscritti al registro Nazionale Italiano Donatori di Midollo Osseo (Italian Bone Marrow Donor Registry - IBMDR) da parte dei Centri Donatori e attività di tipizzazione HLA da parte del Registro regionale presso la Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano, sulla base dei volumi di attività condivisi a livello nazionale.

2.3.4. POLITICHE DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA

INTERVENTI PER IL MIGLIORAMENTO DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA

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

In particolare nel 2015 proseguiranno le azioni intraprese riguardo le prestazioni di TC e RM osteoarticolari con particolare attenzione alla verifica dei risultati a seguito delle indicazioni introdotte con la DGR 2313 del 1 agosto 2014. Inoltre per facilitare l'inserimento delle condizioni di erogabilità da parte dei prescrittori si procederà sperimentalmente predisponendo degli specifici adeguamenti nei domini centrali per consentire una completa interazione con i principali software in uso.

Con il coinvolgimento delle società scientifiche e con lo stesso metodo utilizzato per l'individuazione e rappresentazione delle condizioni di erogabilità per TC e RM, si procederà nel 2015 alla definizione di criteri di appropriatezza per le principali prestazioni di **endoscopia digestiva** e di **ecocolordoppler vascolare** e per l'indicazione all'accesso alle terapie innovative con **medical device nell'incontinenza urinaria**, anche in collaborazione con l'HTA regionale.

Si ritiene indispensabile garantire il proseguimento degli interventi per migliorare l'appropriatezza di erogazione delle prestazioni in particolare di **laboratorio** in continuità con i contenuti già espressi con la DGR n. X/1185/2013.

Per l'anno 2015 si prevede, che gli Enti di diritto pubblico documentino 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 per accessi in PS non seguiti da ricovero, e conseguentemente dei costi variabili dell'attività di laboratorio per interni.

Proseguendo sulla linea definita anche dalla DGR n. X/2313/2014, tesa a limitare il più possibile la prescrizione di analisi inutili, si sono individuate le seguenti fattispecie di situazioni da monitorare e che saranno successivamente oggetto di ulteriori provvedimenti regionali:

- Analisi che prevedono un congruo tempo di ripetizione (ad esempio: elettroforesi, colesterolo, marcatori tumorali).
- Analisi che possono essere prescritte solo nel caso in cui risultati precedenti ne indichino la necessità (ad esempio: conferma di analisi screening positive).
- Analisi che possono essere prescritte solo in presenza di determinati quesiti diagnostici o di definite diagnosi (ad esempio: dosaggio CA 15-3 per tumore mammario) o, in altri termini, analisi che non devono essere prescritte per determinate patologie (ad esempio: PSA in paziente di sesso femminile).
- Analisi che non possono essere prescritte contemporaneamente perché forniscono la medesima informazione clinica (ad esempio: VES e Proteina C reattiva).
- Analisi che devono essere prescritte solo in presenza di diagnosi acclarata (ad esempio Marcatori tumorali).

La DG Salute nella definizione continua di casistiche di appropriatezza ritiene utile valutare la possibilità di implementare un sistema informatico esperto, in cui vengano definite dagli esperti regionali regole prescrittive, relative al miglioramento dell'appropriatezza secondo le fattispecie sopra descritte.

Si tratta di un software che dovrebbe essere utilizzato dai prescrittori, sia per utenti ambulatoriali, sia per pazienti ricoverati, in grado di fornire indicazioni in tempo reale, che lasciando in ogni caso la possibilità di derogare al prescrittore a condizione che le deroghe siano giustificate e tracciabili. A tal fine la DG Salute

avvierà un progetto sperimentale volto all'integrazione all'interno dei programmi di prescrizione sia in ambito ospedaliero che territoriale di moduli software che dia applicazione ai criteri di appropriatezza, quali quelli sopra riportati.

Nell'ottica di miglioramento dell'appropriatezza e di una maggiore definizione dei privilegi prescrittivi si ritiene opportuno modificare l'allegato C della DGR 4716/2013 "Procedura per la richiesta ed accettazione prestazioni di genetica medica di cui all'allegato B" (esclusivamente per le prestazioni di genetica medica), nella parte di seguito riportata: possono prescrivere le prestazioni solo i medici specializzati in genetica medica o gli specialisti di branca attinente e all'interno comunque, di un percorso di consulenza genetica (pre test e post test). I MMG e i PdLS e gli altri specialisti possono prescrivere la prestazione "Prima visita di genetica medica" cod. tariffario 89.7B.1.

MEDICINA DI GENERE

Nel documento "Salute 2020: un modello di politica europea", il genere viene riconosciuto fattore determinante ed essenziale: lo stato di salute, il benessere e la sua percezione, la promozione della salute, l'insorgenza delle malattie ed il loro decorso, gli approcci terapeutici e la loro efficacia sono diversi tra le donne e gli uomini.

La dimensione di genere nella salute pone necessità di metodo e analisi, ma diviene anche strumento di governo e di governance di sistema.

E' necessario attivare le competenze e la professionalità degli operatori per costruire il cambiamento; pertanto si indirizzano le aziende sanitarie a porre in atto una serie di interventi volti a:

- individuare e realizzare all'interno delle strutture sanitarie PDTA che garantiscano il rispetto delle differenze di genere dei pazienti. Per ogni PDTA devono essere individuati indicatori di processo e di esito in grado di monitorare le azioni positive attuate.
- Predisporre di un piano annuale delle attività *gender oriented* e di una relazione conclusiva contenente indicatori di processo e di esito.
- Ricerca: disegnare studi clinici *gender oriented*.
- Attuare eventi formativi specialistici e per la medicina territoriale.

2.3.4.1. MODELLI ORGANIZZATIVI RELATIVI ALLA GESTIONE DEL FARMACO

Servizio di Farmacia Ospedaliera: ruolo e attività

Premesso che la preparazione dei medicinali è un'attività essenziale per garantire l'assistenza farmaceutica, come ribadito recentemente anche dal Consiglio dei Ministri del Consiglio d'Europa (Risoluzione CM/ResAp (2011)) che può essere effettuata, sulla base della normativa nazionale e comunitaria, esclusivamente da parte dei farmacisti presso una Farmacia formalmente istituita e che richiede personale preparato e strutture adeguate, come previsto dalla Risoluzione stessa e dalle norme tecniche nazionali (Norme di Buona Preparazione, Farmacopea Ufficiale Italiana XII ed.), considerato inoltre i recenti provvedimenti di AIFA (quali Bevacizumab in AMD e la Raccomandazione 14 emessa dal Ministero della Salute "Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici"), si dispone che

nel corso del 2015 la DG Salute con il supporto di esperti andrà a definire i requisiti di accreditamento per la gestione e l'organizzazione del servizio di farmacia nelle strutture.

Le rilevazioni effettuate in ambito di Risk Management sulla diffusione dell'utilizzo di strutture centralizzate nella preparazione di farmaci antineoplastici e di terapie sempre in questo ambito a lungo termine e nell'ottica della continuità ospedale territorio verranno integrate nei lavori effettuati dal gruppo di esperti.

Si ribadisce che, relativamente ai "Gas medicinali", la produzione di aria ed Ossigeno ottenuto per filtrazione dell'aria è un'attività riconducibile alla preparazione di medicinali secondo NBP, anche semplificate, e quindi può essere effettuata solo da Strutture Ospedaliere dotate di Farmacia Interna.

Distribuzione farmaci e dispositivi : ruolo della farmacia ospedaliera

In questi anni il ruolo della farmacia ospedaliera è diventato cruciale per la gestione di farmaci e dispositivi innovativi e ad alto costo, inoltre l'attività relativa ai Registri AIFA è fondamentale per la gestione dell'innovazione in campo terapeutico, ciò premesso la DG Salute ritiene strategico attivare, a partire dall'anno 2015, un gruppo di lavoro per verificare lo stato dell'arte nelle aziende ospedaliere dei modelli distributivi al fine di prevedere per il 2016 modello/i regionali di riferimento anche al fine di attivare la rilevazione della targatura.

2.3.5. RISK MANAGEMENT

Obiettivo regionale è di fare crescere il grado di implementazione a livello aziendale delle linee guida Ministeriali ed internazionali, attraverso l'attuazione di progetti e la **diffusione di protocolli e procedure operative in tema di sicurezza del paziente e delle cure**. La verifica dell'implementazione a livello aziendale delle Raccomandazioni Ministeriali in alcune aree specifiche quali ad es. la check list in ambito chirurgico potrà essere effettuata attraverso una valutazione tra pari "peer review".

Il Piano strategico di Risk Management anno 2015 dovrà 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 all'individuazione di indicatori per la misurazione dei risultati sia di processo che di esito.

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 antitumorali.*
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.*
16. *Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi non correlata a malattia congenita.*

Si ritiene che per AO e IRCCS nel 2015 gli interventi debbano essere prioritariamente rivolti a diminuire il rischio nei seguenti ambiti:

- 1) rischio in sala parto,
- 2) prevenzione delle infezioni ospedaliere
- 3) prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici.

Su quest'ultimo punto da parte di Regione verrà effettuata una nuova rilevazione per conoscere la diffusione di strutture di centralizzazione della preparazione dei farmaci antineoplastici e richiesta una relazione sulla presenza di una procedura per la gestione del paziente in corso di terapia con antitumorali anche alla luce di terapie a lungo termine e nell'ottica della continuità ospedale territorio (vedi Raccomandazione N. 14).

Le linee strategiche si articolano per l'anno 2015 nel piano di azioni di seguito delineato:

- ✓ Il progetto assicurativo regionale proseguirà nell'implementazione della strategia delineata negli scorsi anni.

Alla luce di coperture assicurative aziendali RCT/O che prevedono una parte sempre più consistente di sinistri gestiti in proprio, è fondamentale che le aziende rafforzino l'attività dei CVS, dispongano di professionalità specializzate per la valutazione della responsabilità medica/sanitaria e del danno, si dotino di procedure per la gestione dei sinistri.

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.

Viene rimarcata l'importanza del confronto fra le diverse realtà aziendali all'interno dei raggruppamenti composti da professionisti medico legali e professionisti legali/liquidatori delle diverse aziende.

I coordinatori dei raggruppamenti di aziende, si incontreranno con cadenza mensile/bimestrale presso la sede di Regione Lombardia per poter condividere e confrontare la gestione ed eventuale conduzione processuale dei sinistri complessi e/o con importo rilevante. I referenti aziendali potranno intervenire

direttamente in tali riunioni nella presentazione e discussione dei sinistri dopo che gli stessi siano passati al vaglio del coordinatore del raggruppamento. Si rammenta l'esigenza di condividere all'interno dei Raggruppamenti le sentenze ed il materiale relativo al Contenzioso sulla responsabilità sanitaria attraverso l'utilizzo di "Places", spazio virtuale attivato da Regione che le aziende sono tenute a popolare.

- ✓ Rafforzamento del Gruppo di Coordinamento per la Gestione del Rischio a cui spetta il compito di 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 per l'operatività delle équipes di ascolto e mediazione dei conflitti, dando concretezza 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 o solo apparentemente tali.
- ✓ Aggiornamento nel rispetto delle scadenze del **Data Base regionale** per il monitoraggio della sinistrosità aziendale (RCT/O), con obbligatorietà di compilazione del campo "regime di trattamento" necessario per effettuare in sede di Benchmarking l'analisi dell'attività di ricovero o ambulatoriale.
- ✓ 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.
- ✓ 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 atti a migliorare la sicurezza per il paziente.
- ✓ Dovrà essere assicurata la partecipazione dei Risk manager, responsabili CVS, Qualità e Mediatori ai 4 Network trimestrali e agli eventi formativi/informativi regionali che riguarderanno principalmente:
 - Gestione dei trigger in sala parto
 - Gestione e liquidazione dei sinistri
 - Aspetti medico legali per la valutazione del danno

2.3.6. PROGRAMMA DI MIGLIORAMENTO CONTINUO

2.3.6.1. SVILUPPO DEL PROGRAMMA INTEGRATO DI MIGLIORAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE (P.I.M.O)

Il miglioramento continuo è un processo di innovazione focalizzato, che coinvolge tutta l'azienda e che consiste nell'adozione di miglioramenti piccoli, frequenti, continuativi nel tempo, in modo da ottenere risultati significativi grazie al loro effetto cumulativo; risultano essenziali due elementi:

- presenza e intervento del management nell'indirizzare e nel focalizzare gli sforzi di miglioramento in modo da assicurare la coerenza delle azioni intraprese con le esigenze operative e strategiche dell'impresa;
- contributo diretto degli operatori nel proporre come migliorare i processi loro affidati, nel verificare la bontà delle proposte e nel realizzare i cambiamenti necessari.

La creazione del miglioramento continuo è un obiettivo complesso che richiede uno sforzo da parte dell'intera organizzazione, è un insieme di attività dirette a tenere sotto controllo e a migliorare processi ed esiti mediante un sistema di obiettivi, indicatori, procedure organizzative, linee guida e la verifica della loro applicazione ed efficacia.

Il Programma Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione è una piattaforma che prevede all'interno delle quattro aree individuate (valutazioni, performance, monitoraggio e obiettivi), lo sviluppo delle conoscenze e valutazioni del sistema, è importante che le strutture ospedaliere valorizzino il percorso di crescita dell'organizzazione integrando la logica economico-finanziaria con le attività sanitarie.

Il Programma Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione sviluppato in Regione Lombardia è basato su logiche bottom-up per questo occorre gestire con grande attenzione e accortezza il processo di realizzazione, la parola saliente è "responsabilità".

Indicazioni per la realizzazione del P.I.M.O.

La realizzazione del Piano Integrato per il Miglioramento dell'Organizzazione (P.I.M.O.) è responsabilità della Direzione Strategica che deve gestire il processo di:

- pianificazione
- programmazione
- monitoraggio

del miglioramento dell'organizzazione tramite il Responsabile per la Qualità aziendale.

Quindi tutte le strutture di ricovero e cura pubbliche, private accreditate e a contratto con il SSR lombardo si devono dotare di un sistema di monitoraggio interno, al fine di programmare tempestivamente gli interventi migliorativi, che sia compatibile con i dati e le competenze professionali effettivamente disponibili al proprio interno.

Il processo parte dalla check-list di autovalutazione, dalle valutazioni esterne e dal sistema di indicatori relativo agli elementi di ingresso essenziali per portare al riesame della Direzione una visione d'insieme della valutazione delle aree di interesse per l'intera organizzazione aziendale e per evidenziare le priorità e la sostenibilità degli obiettivi di miglioramento.

Indicazioni per la stesura P.I.M.O. 2015

Nel 2015, per quanto riguarda la stesura del P.I.M.O., dovrà essere strutturata con l'evidente integrazione dei sistemi di valutazione delle performance aziendali e della gestione del rischio con il supporto informativo proveniente dai dati del monitoraggio interno e dalla autovalutazione.

Gli obiettivi prioritari da sviluppare nel corso dell'anno, individuati nell'area "Garantire i livelli di assistenza", e comuni a tutte le strutture ospedaliere, riguardano la gestione di:

- infezioni correlate all'assistenza/sepsi
- percorsi di Pronto Soccorso
- continuità di cure

Gli obiettivi di miglioramento, individuati da ogni struttura ospedaliera (pubblica, privata accreditata e a contratto con il SSR lombardo), verranno indicati seguendo il percorso descritto attraverso un data set per le aree del miglioramento clinico ed organizzativo, l'analisi dei trend e l'evidenza dei miglioramenti ottenuti.

Il P.I.M.O. dovrà essere predisposto entro il mese di febbraio 2016.

2.3.6.2. PIANO DELLE PERFORMANCE

Nel corso del 2015, il piano delle performance, di cui alla legge 150/09, nelle more di quanto previsto dalla legge 144/14 art. 19 comma 10, verrà definito tenuto conto di quanto elaborato in sede di Programma Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione (P.I.M.O).

La necessaria integrazione tra questi due strumenti non deve duplicare gli sforzi delle amministrazioni nonché i dati e le informazioni già rendicontate al livello regionale; tuttavia si auspica la continua valorizzazione dello specifico organizzativo di ogni Azienda lombarda.

Indicazioni per il monitoraggio delle performance

Il monitoraggio delle performance previste nel Piano Performance avviene, per l'anno 2015, mediante un set minimo di indicatori comuni a tutte le aziende ospedaliere, estrapolati dal P.I.M.O., sulla base di indicazioni operative elaborate dell'OIV della Giunta Regionale, di concerno con la DG Salute.

2.3.6.3. PERFORMANCE ASL NELL'AREA PREVENZIONE

Utilizzando le informazioni messe a disposizione dai flussi informativi correnti, nel 2014 è stato possibile individuare e condividere in un percorso partecipato con i Dipartimenti di Prevenzione Medica (DPM) delle ASL un set di indicatori di esito e di processo nei vari settori afferenti alla prevenzione, considerando prioritariamente le aree riferite ai LEA (anche per un successivo confronto interregionale). Tale set di indicatori rappresenterà lo strumento di valutazione delle performances dei DPM, anche in un'ottica di miglioramento dell'efficacia ed efficienza delle attività di prevenzione.

Pertanto, nel corso del 2015, tenuto conto di quanto elaborato nel percorso partecipato con i DPM delle ASL, il set di indicatori di performances dei DPM verrà presentato pubblicamente e sperimentato nella costruzione di un bersaglio/cruscotto utilizzando i dati di attività di prevenzione del 2014 al fine di testare, da una parte, l'applicabilità e la capacità di descrizione della realtà territoriale e, dall'altra, ove non già presente, uno standard di riferimento, considerando la media o mediana regionale. L'esito di tale lavoro permetterà di affinare lo strumento che verrà utilizzato per valutare le performances ASL 2015. Infine,

verranno prese in considerazione e discusse le criticità emerse nel percorso partecipato in un'ottica di risoluzione, laddove possibile.

2.3.6.4. INTERNAL AUDIT

Il percorso di costruzione della Rete di Internal Audit (IA), connotato dalla necessaria gradualità e diversificazione, dal 2015 vede l'ingresso di tutti gli Enti Sanitari.

A tali fini, e in attuazione della L.r. n. 17/2014, è stata fornita ai responsabili della funzione IA, come individuati dai rispettivi Enti, la formazione di base per l'ingresso nella Rete e l'utilizzo di strumenti e metodologie di audit standardizzate.

La funzione di IA deve essere allocata ad un livello dell'organizzazione idoneo ad assicurare autonomia della funzione, indipendenza di giudizio e obiettività delle rilevazioni.

La funzione di IA deve essere dotata di risorse umane e finanziarie adeguate, in particolare deve essere garantito un processo di formazione e sviluppo delle professionalità impiegate.

L'IA deve garantire una copertura dei rischi adeguata in rapporto a organizzazione e attività dell'Ente ed operare su pianificazione almeno annuale.

Gli Enti approvano un proprio regolamento di internal auditing o, alternativamente, adottano il Manuale di Internal Auditing regionale (approvato con Decreto DDUO Sistema dei Controlli e Coordinamento Organismi Indipendenti n. 2822 del 3.4.2013). Il regolamento recepirà principi e criteri enunciati nel Manuale, cui l'attività di Internal Auditing dovrà ispirarsi.

Entro il 15 dicembre 2015 il Responsabile IA trasmette la Pianificazione annuale dell'attività di audit per l'anno 2016 alla Direzione Generale Salute, utilizzando l'apposita area del portale PIMO, in allestimento, e di cui verrà successivamente comunicato il percorso d'inserimento.

L'area riservata di detto portale fungerà altresì da piattaforma tecnologica per la condivisione di materiali ed esperienze tra i Responsabili IA della Rete.

2.3.6.5. QUALITÀ DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Gli straordinari progressi raggiunti dalle nuove tecnologie multimediali, attraverso strumenti di facile impiego e con modalità fino a poco tempo fa inconcepibili, hanno reso possibile l'acquisizione, nel corso della pratica clinica, di una copiosa messe di immagini, registrazioni audio e biosegnali, la loro conservazione e una agevole condivisione con diversi professionisti sanitari.

Oltre che per finalità strettamente legate alla cura del paziente, questo insieme di registrazioni costituisce una preziosa fonte a cui attingere per finalità di studio e di didattica e per i programmi di implementazione e verifica della qualità diagnostico/assistenziale, nel rispetto dei vincoli normativi posti a tutela della sfera privata delle persone interessate. Il nuovo "Manuale sulla documentazione sanitaria per immagini, suoni e biosegnali" introduce importanti novità nella gestione di questi documenti. Le aziende nell'aggiornamento dei propri manuali di gestione della documentazione prodotta, ai sensi del DPCM 3/12/2013, attuano le misure idonee a garantire gli standard di qualità individuati nel nuovo "Manuale sulla documentazione sanitaria per immagini, suoni e biosegnali" in corso di approvazione e pubblicazione.

2.3.6.6. SVILUPPO DELLA FUNZIONE DI HTA

In attuazione a quanto previsto nella Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano concernente in nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016 ai senso dell'art. 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003 n. 131, art. 26 (Creazione di un modello istituzionale di HTA dei dispositivi medici) e art. 27 (Valutazione nazionale dei medicinali secondo la metodologia dell'Health Technology Assessment) e con riferimento ai risultati e alle criticità emerse durante la applicazione e lo sviluppo del percorso regionale di valutazione delle tecnologie, si dà mandato alla DG Salute a:

- a) aggiornare le disposizioni regionali previste in materia con la DGR VIII/7856 (30 luglio 2008) "Determinazione in merito alla valutazione dell'appropriatezza d'uso di farmaci, dispositivi biomedici e tecnologie diagnostico-terapeutiche al fine del loro impiego nell'ambito del servizio sanitario regionale secondo gli indirizzi del PSSR e determinazioni conseguenti", anche sviluppando le attività in collaborazione con Age.Na.S., per il Programma Nazionale di HTA dei dispositivi medici, e con A.I.F.A., per le informazioni sull'efficacia comparativa dei medicinali e sulle successive ricadute in termini di costo-efficacia nella pratica clinica. Le informazioni di HTA sui dispositivi medici e sui farmaci costituiranno riferimento prioritario per l'attività di tutte le reti collaborative regionali e di tutti i gruppi di esperti coinvolti (a livello regionale, nelle A.S.L, nelle Aziende Ospedaliere ed negli I.R.C.C.S.) nello sviluppo e nella revisione dei percorsi diagnostico-terapeutici di patologia;
- b) valutare la possibilità di organizzare, anche avvalendosi prioritariamente di competenze già disponibili presso amministrazioni sanitarie pubbliche, un presidio scientifico-tecnico per il supporto istruttorio delle attività di valutazione, con opportuni metodi di HTA, su farmaci, dispositivi medici, apparecchiature diagnostiche ed interventistiche, procedure e modalità organizzative in ambito di prevenzione, di assistenza e di riabilitazione. Il percorso di valutazione aziendale previsto per tutte le Aziende Ospedaliere e gli I.R.C.C.S. dalla DGR 1185 del 20/12/2013 nell'allegato 3, finalizzato a raccogliere evidenze relativamente alla efficacia ed ai benefici correlati all'utilizzo dei dispositivi medici, nuovi o già in uso nei percorsi terapeutici prestabiliti, verrà coordinato dalla D.G. Salute al fine di garantire la appropriata circolazione dei prodotti valutativi aziendali e di limitare il rischio di inefficienze e duplicazione di sforzi tra Aziende.

In particolare la D.G. Salute organizzerà entro marzo 2015 la raccolta di tutti gli atti e tutte le documentazioni, ivi compresi i piani di lavoro per l'anno 2015, predisposte dalle Commissioni Dispositivi Medici o dagli altri organismi multidisciplinari istituiti nelle predette Aziende.

Atti e documentazioni verranno resi disponibili alle Aziende Ospedaliere e agli I.R.C.C.S. della Lombardia su una sezione ad accesso riservato (previa registrazione) del gestionale online per le operazioni di HTA disponibile all'indirizzo <http://vts-hta.asl.pavia.it>.

2.4. EMERGENZA URGENZA E REGOLAMENTAZIONE DEGLI ACCESSI IN PRONTO SOCCORSO

Nel 2015 si procederà all'aggiornamento della classificazione delle strutture regionali afferenti alle reti di patologia tempo dipendenti (STEMI, STROKE, TRAUMA) e all'aggiornamento della classificazione dei PPI, PS, DEA e EAS, nel rispetto ed in aderenza agli standard definiti nell'Accordo Stato-Regioni del 5/8/2014.

Dovrà essere data piena attuazione alla integrazione dei flussi informativi tra sistemi gestionali del 118 e dei Pronto Soccorso nelle 6 AAOO/IRCCS ricomprese nel progetto approvato con DGR 2133/2011 e nelle 15 AAOO/IRCCS inserite di recente. Sarà valutata l'estensione del progetto alle 11 AA.OO. rimanenti.

Si procederà alla istituzione di tavoli di confronto e monitoraggio delle principali attività di E/U per aree di competenza ASL o inter-ASL rispettando l'aggregazione territoriale dell'attività di emergenza urgenza extra ospedaliera. Gli obiettivi dei tavoli di confronto dovranno essere finalizzati a:

- la verifica della corretta gestione delle patologie tempo-dipendenti e delle situazioni di sovraffollamento dei PS/DEA/EAS nel rispetto delle indicazioni regionali;
- condividere i criteri di attribuzione dei codici di triage;
- promuovere percorsi formativi integrati ed interaziendali;
- proporre soluzioni di miglioramento organizzativo dei codici minori ed individuare forme di integrazione tra i sistemi di E/U e servizi di continuità assistenziale;
- individuare modalità per individuare e gestire al meglio le violenze di genere;
- proporre soluzioni per prevenire atti di violenza verso gli operatori;

E' previsto anche per il 2015 il proseguimento del progetto Codici Minori e pronto soccorso. Sempre per le prestazioni a basso contenuto di complessità che non necessitano di trattamenti per acuti o comunque di trattamento ospedaliero saranno sperimentate percorsi agevolati che prevedano la possibilità prenotazione di esami ed ulteriori accertamenti da effettuare in tempi brevi, adottando apposite procedure per l'invio alla rete delle Cure primarie, attivando ogni possibile collegamento tra gli specialisti del pronto Soccorso e la rete degli specialisti territoriali.

Dovranno essere realizzati progetti di Integrazione dell'attività di emergenza-urgenza intra ed extra ospedaliera, nel rispetto di quanto espressamente previsto dall'ultimo comma dell'art. 2 della DGR 3591 del 6/6/2012.

2.5. RETE DI OFFERTA TERRITORIALE

2.5.1. INDIVIDUAZIONE AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI (AFT)

In coerenza con le previsioni normative della legge n. 189/2012 e del Patto per la Salute 2014-16 negli Accordi integrativi regionali per la Medicina Generale, la Pediatria di famiglia e la Specialistica ambulatoriale per il 2015 dovrà essere previsto l'avvio della riforma organizzativa territoriale partendo dall'individuazione delle Aggregazioni Funzionali territoriali (AFT).

Le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) quali centri di erogazione multidisciplinare e multiprofessionale di prestazioni che favoriscono la deospedalizzazione e l'integrazione ospedale-territorio troveranno una prima individuazione nella sperimentazione dei Presidi Ospedalieri Territoriali (POT) e dei Centri Socio Sanitari Territoriali (CSST) come più avanti illustrato.

Successivamente alla stipula degli Accordi Integrativi regionali, le Aziende sanitarie locali dovranno sottoscrivere Accordi a livello Aziendale sulla base delle indicazioni regionali e dovranno strettamente attenersi al rispetto dell'assegnazione economica regionale 2015 per la Medicina Convenzionata che comprenderà anche la guardia turistica, non più inserita tra le funzioni non tariffate.

Le Asl nel 2015 dovranno sviluppare specifiche progettualità riguardanti il governo clinico che indicativamente interesseranno le seguenti aree:

- aumento prescrizione farmaci a brevetto scaduto
- miglioramento della persistenza in terapia per i pazienti cronici
- budget ADP per pazienti cronici/fragili
- appropriatezza delle prescrizioni di specialistica ambulatoriale (in particolare TAC, RMN e prestazioni di radiologia in genere) rispetto al target di pazienti
- prescrizione on line della protesica non personalizzata
- partecipazione attiva alla valutazione multidimensionale per i pazienti cronici / fragili
- partecipazione attiva ai programmi di screening alla mammella colon e cervice uterina
- adesione a forme organizzative sperimentali

I 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 attivati in 11 ASL, per i quali è previsto un fondo di € 2.000.000, saranno oggetto di valutazione in relazione ai risultati ottenuti e in previsione del percorso complessivo di riforma della Medicina territoriale.

2.5.2. POLITICHE SUL GOVERNO DEL FARMACO E SULL'ASSISTENZA PROTESICA

2.5.3. APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA NELL' AMBITO DELL'ASSISTENZA FARMACEUTICA

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 2015 la promozione sul territorio della prescrizione di farmaci a brevetto scaduto sia di natura chimica (farmaci equivalenti) che di natura biotecnologica (farmaci biosimilari), a tale obiettivo devono concorrere anche le strutture ospedaliere che con la parte specialistica "inducono" la prescrizione sul territorio.

La Direzione Generale Salute, d'intesa con gli operatori delle ASL e AO, dovrà individuare entro il 31.01.2015:

- Per le ASL, relativamente a 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 2015 come obiettivo medio regionale il 82% in termini di percentuale di DDD di farmaci a brevetto scaduto sul totale delle DDD prescritte, a costanza di prescrizioni.
- Per le AO, IRCCS pubblici, privati e case di cura convenzionate a contratto, relativamente a specifiche categorie di farmaci comprendenti specialità medicinali a base di principi attivi non coperti da brevetto (ATC :C08, C09, C10, M01, M05, J01, B03, L03, H01, L04) 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, l'aggiornamento dei prontuari ospedalieri, sia per la parte di medicinali che contribuiscono ad un'induzione territoriale che per la parte ospedaliera, dovrà avvenire entro il primo semestre 2015.

Si confermano, come obiettivi vincolanti sia per le ASL che per AO/Fondazioni, per l'anno 2015:

- la prosecuzione delle iniziative attivate negli anni precedenti sui farmaci equivalenti di cui alla DGR n. 2633/2011 e ss.mm.ii;
- 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.

APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA FARMACI E DISTRIBUZIONE PER CONTO: PRECISAZIONI SU PRECEDENTI DELIBERE

Nel Sub Allegato 6 si dispone l'aggiornamento dei seguenti progetti:

- "La Regione Lombardia, un modello di appropriatezza prescrittiva per il contenimento della spesa farmaceutica";
- "Distribuzione per Conto dei farmaci APHT, tramite un'unica Azienda capofila per le Asl della Regione Lombardia".

FARMACI IN PSICHIATRIA

Considerato che nei percorsi di cura per i soggetti affetti da disturbi psichici gravi i farmaci antipsicotici *depot* rappresentano una scelta terapeutica appropriata per i pazienti soprattutto in caso di frequenti riacutizzazioni o scarsa aderenza ai trattamenti, la DG Salute istituisce nell'ambito delle attività del Comitato Tecnico per la Salute Mentale un gruppo di lavoro al fine di identificare le modalità appropriate a garantire l'accesso ai trattamenti sia a livello ospedaliero che territoriale attraverso i servizi psichiatrici regionali.

FARMACI AD ALTO COSTO CON REGISTRO AIFA

Si conferma come obiettivo per l'anno 2015, sia per le ASL che per le AO, IRCCS pubblici, privati e case di cura convenzionate a contratto, il controllo della prescrizione/erogazione in File F dei farmaci con scheda AIFA, indipendentemente dalla tipologia di rendicontazione (5, 2, 1 o 18) così suddiviso:

- Nuovi farmaci per HCV: 100%, con presenza del dato di targatura nel File F per ogni confezione erogata;
- Farmaci oncologici: 75%;
- Farmaci oftalmologici: 50%.

2.5.4. INDENNITA' FARMACIE RURALI

La DG Salute a seguito dell' approvazione della modifica dell'art. 1 della legge regionale 12/86, proporrà alla Giunta l'aggiornamento delle indennità per le farmacie rurali secondo gli indici ISTAT -FOI e nei limiti degli stanziamenti di bilancio.

2.5.5. PRESID OSPEDALIERI TERRITORIALI (POT) E CENTRI SOCIO SANITARI TERRITORIALI (CSST)

Nel corso del 2014 Regione Lombardia (DGR X /1521 del 20/3/2014-Allegato C) ha stabilito di sviluppare un nuovo ambito di riferimento per la cronicità (POT - Presidi ospedalieri Territoriali) nel quale sia garantita, oltre all'erogazione delle prestazioni, anche la presa in carico globale dei bisogni del paziente cronico attraverso un monitoraggio proattivo del paziente e programmi sanitari personalizzati, assicurando il collegamento tra diversi ambiti sanitari e socio-sanitari del territorio (MMG, ADI, ecc.), in relazione al livello di complessità della malattia e ai bisogni sanitari individuali.

Sono state successivamente (DGR 2152 del 18.7.2014 e DGR X/2837 del 5.12.2014) approvate quattro ipotesi progettuali attivabili nel 2015 in quanto non richiedono importanti interventi strutturali, in particolare a Sant'Angelo Lodigiano (ASL Lodi), Somma Lombardo (ASL Varese), ICP Poliambulatorio di via Farini e via Livigno (ASL Milano), e Soresina (ASL Cremona e 6 progetti (presidi di Morbegno, Calcinate, Vaprio d'Adda, Leno, Bollate,) che verranno attivati nei prossimi 18 mesi.

Nel 2015 saranno emanati specifici provvedimenti della DG Salute per:

- l'identificazione, con specifico provvedimento della DG Salute, di ulteriori interventi coerenti coi criteri della DGR X/1521/2014, previa quantificazione delle risorse necessarie per l'attivazione del modello organizzativo assistenziale, anche alla luce delle effettive esigenze di incremento delle nuove attività;
- la determinazione della modalità di remunerazione che meglio si adatta al percorso di cura legato alla cronicità nell'ambito dei POT.

Ad integrazione della sperimentazione POT, nel corso del 2015 potranno essere inoltre avviati, con specifici provvedimenti, progetti in capo alle Aziende Sanitarie Locali per trasformare la creazione di Centri Socio Sanitari Territoriali (CCST) all'interno delle realtà distrettuali, cioè organizzazioni di riferimento territoriale per cure primarie, ambulatoriali, sociosanitarie (es. ADI, consultori, ecc.) e sociali. Tali progettualità seguiranno, per le ASL, le medesime indicazioni, ai fini della valutazione degli obiettivi strategici dei direttori generali, già previste per le AO nel paragrafo 2.3.3.

Si ricorda che i Presidi Ospedalieri Territoriali concorrono al recupero di efficienza del sistema e, pertanto, non potranno – se non in una fase di start up che non potrà comunque durare più di qualche mese – comportare maggiori risorse dal punto di vista della gestione in termini di costo dei fattori produttivi. Nel caso di maggiori costi derivanti da maggiori servizi erogati attraverso i POT le Aziende interessate dovranno determinare pari minori costi in altre aree aziendali: tali aree potranno riguardare sia strutture fisiche (altri plessi erogativi) sia modelli organizzativi.

2.5.6. PIANO DELLA CRONICITÀ

Verrà completata nel 2015 l'elaborazione del Piano Strategico pluriennale per affrontare la cronicità, realizzato di concerto con la DG Famiglia, Solidarietà Sociale, Volontariato e Pari Opportunità. Il piano individua gli indirizzi per garantire una risposta ottimale ai bisogni del paziente cronico, in termini di prossimità, presa in cura e continuità assistenziale, attraverso l'integrazione tra strutture sanitarie, assistenziali e socio-sanitarie.

Sulla base delle risorse che si renderanno disponibili verrà disposto un piano di finanziamento su base triennale per l'implementazione delle azioni previste nel Piano.

2.5.7. ESTENSIONE DEL PROGETTO CREG

E' previsto per il 2015 il proseguimento della sperimentazione con le seguenti indicazioni.

Arruolamenti e riclassificazione

- Ulteriore sviluppo nel 2015 della sperimentazione e del disegno CReG, attraverso l'arruolamento di nuovi pazienti.
- Riclassificazione, a cura delle ASL coinvolte nella sperimentazione, dei pazienti "arruolabili" sulla base dei criteri di identificazione dei pazienti cronici dalla BDA, aggiornati rispetto a quelli approvati con DDG 4383/2011. A seguito della riclassificazione sarà possibile incrementare il n° di pazienti presi in carico dalle Cooperative di MMG già in sperimentazione.
- La sperimentazione sarà **estesa a nuove ASL**, sulla base delle manifestazioni di interesse pervenute, con procedure e modalità che saranno oggetto di apposita comunicazione della DG Salute.

Remunerazione

- Aggiornamento delle Tariffe CREG, in funzione dell'aggiornamento della casistica, secondo modalità che saranno definite con successivo atto.
- Le ASL dovranno **stanziare una "quota CReG"** secondo le modalità descritte nel Capitolo relativo alla negoziazione con le strutture erogatrici.
- Le ASL devono **assegnare un budget "virtuale" ai Gestori CReG**, rappresentato dall'ammontare complessivo della valorizzazione corrispondente alla sommatoria delle Tariffe CReG per ogni paziente arruolato, con PAI redatto e trasmesso all'ASL.
- Il budget virtuale così assegnato comprende le prestazioni ambulatoriali, incluse quelle erogate in PS, le prestazioni di diagnostica strumentale e la quota per i farmaci per i pazienti arruolati.
- La valorizzazione del budget è calcolata in base alle **nuove Tariffe** che saranno definite con apposito Decreto del Direttore Generale Salute.

Contratti

- Le ASL che partecipano alla sperimentazione dovranno estendere i contratti con le Cooperative entro il 31 gennaio 2015.
- Le ASL devono prevedere uno specifico **addendum CReG** nei Contratti con erogatori di prestazioni a carico del SSR (autorizzati, accreditati e a contratto con il SSR), costituito da un protocollo condiviso tra ASL/Gestori CReG/Erogatori per la gestione del paziente cronico, che preveda quanto segue:
 - prescrizione prioritariamente a cura del MMG-CReG delle prestazioni necessarie al paziente;
 - disponibilità da parte degli erogatori di **agende dedicate** a tali prestazioni, che consentano il rispetto della tempistica prevista nel PAI;
 - disponibilità di referti on line e teleconsulto tra specialista e medico CReG.
- Le prestazioni ambulatoriali effettuate ai pazienti CReG saranno **remunerate dall'ASL alle strutture erogatrici**, a consuntivo, attingendo alla "quota CReG" del Fondo loro assegnato.
- L'ASL dovrà poter estrapolare dal flusso 28/SAN tutte le prestazioni ambulatoriali e di diagnostica strumentale associate ai Codici Fiscali dei pazienti CReG, poiché la valorizzazione delle stesse dovrà essere **decurtata dal budget "virtuale"** assegnato ai Gestori CReG.
- Oltre al costo sostenuto per le prestazioni ambulatoriali, incluse quelle erogate in PS, e di diagnostica strumentale, a consuntivo verranno imputati al Gestore CReG anche i costi relativi ai farmaci.
- La differenza tra il budget "virtuale" assegnato e il totale dei costi costituirà la base di **remunerazione da riconoscere al Gestore CReG**, al netto delle attività di valutazione e controllo esercitate dalla ASL.

EPA, PAI e Flussi informativi

- Aggiornamento dell'elenco prestazioni attese (**EPA**), in capo alla DG Salute, sulla base dei Piani Assistenziali Individuali (PAI) programmati nei primi anni di sperimentazione.
- Aggiornamento del tracciato del PAI (Piano Assistenziale Individuale), dei Flussi Informativi a carico del Gestore CReG verso la ASL, e istituzione di un debito informativo specifico per alcune prestazioni effettuate presso gli studi dei MMG, secondo i requisiti e le modalità specificate nel Sub Allegato 7

Sistema dei Controlli

- Le ASL dovranno implementare accurate attività di **monitoraggio e controllo** della sperimentazione, preliminari alla remunerazione delle attività dei Gestori CReG.

Altre disposizioni

- Nel corso del 2015, sulla base dei dati raccolti nel CReG, sarà messo a punto a cura delle DG Salute:
 - un sistema di valutazione del **rischio di progressione** delle patologie croniche, per ogni classe CReG, mediante l'applicazione di **modelli** statistici ai dati della BDA regionale;
 - un sistema di **semplificazione della Classificazione CReG** in funzione del livello di gravità/complessità della malattia, che condiziona bisogni e relativi *setting* di cura.
- Le ASL devono programmare eventi di **formazione** sul modello CReG rivolti ai MMG e al personale specialistico delle strutture erogatrici.
- Le ASL devono valutare il grado di **soddisfazione dei pazienti** arruolati nel CReG e il livello di soddisfazione dei MMG che partecipano al CReG, e inviare un report con i risultati alla DG Salute.

2.5.8. INTERVENTI DI TUTELA DELLA SALUTE MENTALE

Continua anche per il 2015 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 alla DGR 2189/2014, che proseguirà per la parte di NPIA anche nel 2015 con il medesimo stanziamento previsto per il 2014. (uno stanziamento di 3,25 Milioni di euro per NPI e 0,8 Milioni di euro per l'integrazione dei budget per la residenzialità psichiatrica.)

Nel rispetto delle risorse complessivamente stanziare per le attività di residenzialità psichiatrica, anche in relazione ad eventuali alienazioni di immobili relativi alle attività dei cessati ospedali psichiatrici, potranno essere messe a contratto delle nuove attività.

Ciò potrà accadere solo a fronte di una riduzione delle attività di cui alla circolare 43/SAN ed i contratti potranno avere una durata al massimo biennale, eventualmente rinnovabile, e stabiliti sulla base di precise progettualità concordate tra le ASL ed i soggetti erogatori in coerenza con indicazioni che verranno fornite dalla DG Salute con successivo provvedimento.

Nel corso del 2015 continuerà l'attività di Coordinamento degli OCSM e degli OCNPIA, quale ambito in cui condividere problemi, individuare soluzioni il più possibile omogenee sul territorio regionale e suggerire linee di azione di supporto alla programmazione della attività.

La programmazione delle attività relative alla salute mentale terrà conto anche dei contenuti del Piano di Azione Europeo per la Salute Mentale, redatto dall'ufficio regionale europeo dell'OMS.

Psichiatria

In coerenza con quanto indicato dal *Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale (PANSM, 2013)*, i bisogni emergenti di salute possono essere raggruppati in aree omogenee e prioritarie di intervento (area esordi – intervento precoce, area disturbi comuni, area disturbi gravi persistenti e complessi, area dei disturbi dell'infanzia e adolescenza). Per ciascuna di queste aree appare necessario definire progetti di intervento, specifici e differenziati, sulla base della valutazione dei bisogni delle persone e della implementazione di *percorsi di cura* che sappiano intercettare le attuali domande della popolazione e contribuiscano a rinnovare l'organizzazione dei servizi, le modalità di lavoro delle équipes, i programmi clinici aggiornati offerti agli utenti.

In particolare a livello di DSM si ritiene opportuno:

- prevedere l'implementazione dei percorsi di cura, formalizzata da un atto congiunto AO e ASL, tramite la loro introduzione nei piani aziendali formativo e della qualità e l'impegno dei DSM a costruire PDTA aziendali coerenti con il documento nazionale;
- attuare una revisione dell'attività dei CPS, coerente con i percorsi territoriali di cura, individuando modalità di funzionamento atte a soddisfare le attuali esigenze di accessibilità, specificità e integrazione, in risposta sia ai bisogni delle patologie più severe (*mission* prioritaria), sia alle nuove domande;
- condurre una verifica puntuale della residenzialità psichiatrica;
- proseguire la gestione dei pazienti autori di reato e l'accoglimento sul territorio dei pazienti lombardi dimessi dagli OPG con l'ausilio dei tavoli di monitoraggio istituiti presso tutte le ASL.

A livello di ASL si fa presente la necessità di attestarsi 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 altri settori, favorendo la riconversione della spesa dalla residenzialità ad alta protezione verso forme di residenzialità leggera e/o modelli innovativi e a forte integrazione socio-sanitaria.

Relativamente alla residenzialità leggera si confermano le previsioni contenute nella dgr n. VIII/4221/2007 e nella successiva circolare attuativa n. 37249 del 20.12.2011, relativamente alla dotazione di programmi assegnati alle singole ASL.

Per il 2015 si prevede infine il proseguimento dei programmi innovativi avviati nonché l'eventuale attivazione di nuovi programmi a seguito di completamento e/o chiusura di programmi attivi. Si confermano le tematiche strategiche già indicate nella dgr 2633/2011, la dotazione finanziaria complessiva per lo stesso importo assegnato per il 2014, nonché le modalità di presentazione e selezione dei programmi. La rendicontazione dei progetti 2014 dovrà avvenire secondo le indicazioni della Direzione Generale Salute.

Budget di salute

Attraverso la DGR 1185/2013 Regione Lombardia ha affermato la necessità di sperimentare nuove forme di finanziamento dell'attività psichiatrica.

Nel 2015, così come indicato dalla dgr 2313/2014 si procederà, previa verifica di fattibilità, ad una prima implementazione sperimentale in 6 Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) della regione (Como, Chiari, Garbagnate, Lecco, Milano Sacco e Pavia) di un nuovo modello di remunerazione centrato sulla valorizzazione del percorso di cura del singolo paziente.

Tale modello prende il nome di "budget individuale" o "budget di salute".

Esso rappresenta il finanziamento reso disponibile a un individuo con disturbo mentale che necessita di trattamento presso il DSM e include al suo interno tutte le prestazioni erogate per conto del SSR dalle strutture pubbliche o private afferenti al DSM (indipendentemente dalla sede di trattamento: territoriale, ospedaliera o residenziale).

Obiettivo principale della sperimentazione sarà quello di ottimizzare la presa in carico dei pazienti psichiatrici nella logica della continuità delle cure, della promozione della compliance terapeutica, della appropriatezza degli interventi erogati e della gestione territoriale dei pazienti.

La sperimentazione ha anche l'obiettivo di implementare programmi basati sul budget di salute, verificandone la sostenibilità economica e identificandone le eventuali criticità in campo gestionale amministrativo.

In tal senso la sperimentazione sarà utile per verificare la possibilità di ridurre il ricorso a soluzioni residenziali (che spesso tendono a diventare di lungo termine), indirizzando la stessa spesa verso soluzioni più flessibili e meno costose, che permettano un effettivo risparmio (anche con la chiusura di posti residenziali attualmente accreditati e a contratto) e nel contempo agiscano in maniera più efficace verso i pazienti. In prima istanza la spesa presa in considerazione sarà quella sanitaria, e nel corso dell'anno si provvederà ad esaminare le possibili interrelazioni con interventi sociosanitari e sociali, attraverso un forte raccordo e condivisione con la Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato.

Il budget di salute permette di modificare con maggiore flessibilità i programmi di cura attraverso

- a) Il *"downgrading"* di programmi costosi ma inappropriati, liberando risorse a favore di percorsi caratterizzati da un costo che può essere uguale o minore, ma che presentano una maggiore aderenza ai bisogni del paziente, una più ampia proiezione territoriale delle cure e una migliore appropriatezza. Esempio di *downgrading* è la dimissione di pazienti da strutture residenziali attraverso l'inserimento in programmi di residenzialità leggera o in appartamenti protetti con equipe che coprano fasce orarie critiche.
- b) L' *"upgrading"* verso una maggiore intensità di percorsi di cura a bassa intensità, che pur essendo poco costosi, sono caratterizzati da ridotta appropriatezza ed efficacia. Esempi di questo sono: l'implementazione di programmi intensivi per pazienti psicotici all'esordio, l'approccio terapeutico a pazienti con disturbo di personalità, l'intervento territoriale intensivo per i pazienti con bisogni complessi e la cura ed assistenza multidisciplinare per i pazienti con Disturbi del Comportamento Alimentare. L'*upgrading* è realizzato attraverso il recupero delle risorse da programmi di cura più costosi che sono stati sostituiti da programmi di minore costo.

Le tappe della sperimentazione sono:

1. definizione del campione interessato dalla sperimentazione: i pazienti con disturbo di tipo schizofrenico (diagnosi ICD 10 F2), affettivo (F3), nevrotico (F4) e di personalità (F6) in contatto nell'anno 2014 con i servizi di salute mentale;
2. valorizzazione dei profili di consumo dei pazienti arruolati, al fine di arrivare alla definizione di una tariffa annuale, diversificata per fasce di età e diagnosi principale;
3. definizione del Piano di Trattamento Individuale (PTI) per tutti i pazienti con percorso di cura di presa in carico e assunzione in cura;
4. attento monitoraggio dei risultati di salute ottenuti, dei costi sostenuti e del grado di appropriatezza dei percorsi attivati.

Le modalità di implementazione operativa della sperimentazione verranno indicate con successivo decreto del Direttore Generale della DG Salute, sulla base delle risultanze dei lavori del gruppo di lavoro costituito dai referenti dei DSM coinvolti nella sperimentazione.

Superamento degli Ospedali psichiatrico giudiziari

Il numero dei pazienti con residenza lombarda che si prevedono ospitati da un OPG italiano al 31 marzo 2015, data della prevista chiusura degli OPG, è di circa 150.

Pertanto si rende necessario affrontare un periodo transitorio fino al completamento dei programmi previsti, per il quale la Regione Lombardia intende utilizzare quale sede di "REMS provvisorie" l'attuale sede dell'OPG di Castiglione delle Stiviere, che nel momento in cui sarà svuotato delle presenze di pazienti di altre regioni, potrà accogliere tutti gli attuali pazienti con residenza lombarda presenti presso altri OPG italiani, con particolare riguardo all'OPG di Reggio Emilia. A tal proposito la struttura verrà riorganizzata in modo da poter essere il più aderente possibile alle previsioni organizzative contenute nel decreto del M.S. del 1° ottobre 2012. Per quanto riguarda la vigilanza/sorveglianza la A.O. Carlo Poma di Mantova dovrà attivarsi per stipulare apposti accordi con la prefettura.

In tale quadro potrà essere valutata, in accordo con la Direzione Generale Salute, anche la possibilità di accreditare quale struttura terapeutica i posti della SLiEV di Castiglione delle Stiviere, che già dallo scorso anno non rientra nel blocco degli accreditamenti in quanto correlata al processo di superamento degli OPG. Inoltre, sempre in ordine al processo di superamento dell'OPG potrà essere valutata la possibilità di attivare progetti con il privato sociale.

Considerato infine che alcune regioni potrebbero non essere in grado di prendere in carico i propri residenti, potranno essere approvate con specifiche DGR convenzioni con tali Regioni per il mantenimento dei loro pazienti all'interno del presidio di Castiglione delle Stiviere, a fronte di un riconoscimento economico adeguato e nei limiti del mantenimento dei requisiti strutturali e organizzativi minimi previsti per la fase provvisoria di superamento degli OPG.

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. Particolare attenzione andrà dedicata a possibili modalità innovative di risposta al disagio psichiatrico in adolescenza nella logica di una risposta tempestiva ai bisogni che preveda una presa in carico che va dal ricovero in urgenza all'intervento domiciliare prevedendo di iniziare la realizzazione del Progetto presentato dalla Fondazione IRCCS Ca' Granda (Ospedale Maggiore Policlinico).

Fatto salvo quanto previsto dalla sperimentazione della DGR 2189/2014, che prosegue anche per il 2015, permangono i vincoli relativi all'accreditamento e messa a contratto di nuove strutture di NPiA, secondo quanto indicato nella DGR n. IX/2633 del 6/12/2011, e ribadito nella DGR 1185/2013.

Tuttavia, viste le relazioni di accompagnamento dei progetti proposti dalle ASL in applicazione della DGR 2189/2014, in cui emerge come urgente la risposta del sistema sanitario al bisogno (in forte aumento) di salute per adolescenti con acuzie psichiatrica, dato peraltro già evidenziato nel documento finale elaborato dal gruppo di approfondimento tecnico sugli interventi residenziali e semiresidenziali in NPiA, nel 2015 sarà possibile:

- avanzare richiesta di accreditamento per le strutture residenziali o semiresidenziali di Neuropsichiatria Infantile e della Adolescenza che alla data di approvazione della presente delibera risultino, dal registro regionale delle strutture autorizzate e accreditate (nuovo programma di gestione ASan), avere posti tecnici solo autorizzati per prestazioni di NPiA
- utilizzare le risorse rese disponibili grazie al recupero della spesa 43/san anche per l'attivazione di interventi domiciliari intensivi individuando strumenti adeguati per l'utilizzo delle somme dedicate.

Per il 2015 viene riconfermato l'apposito finanziamento, con il medesimo valore del 2014, per l'area dei progetti di neuropsichiatria infantile. I progetti biennali attivati nel 2014 sono confermati per tutto il 2015, fatti salvi gli eventuali nuovi progetti presentati entro il 28.11.2014 in sostituzione di progetti conclusi anticipatamente a seguito di valutazione della ASL territorialmente competente. La rendicontazione dei progetti 2014 dovrà avvenire secondo le indicazioni della Direzione Generale Salute.

Proseguirà inoltre nel 2015 il confronto sui temi relativi alla neuropsichiatria infantile e alla riabilitazione tra la Direzione Generale Salute e la Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale Volontariato e Pari Opportunità

Infine, in relazione alle disposizioni della DGR 2189/2014, che nell'Allegato A prevede l'attivazione sperimentale di due nuovi percorsi di cura da realizzarsi come di seguito descritto:

Percorso	Caratteristiche	Durata massima	Tariffa die
B	Percorso terapeutico residenziale NPIA per utenti complessi	6 mesi	220€
C	Percorso terapeutico residenziale NPIA per utenti complessi a elevata instabilità clinica	3 mesi	280€

si ritiene necessario aggiornare il nomenclatore tariffario regionale introducendo nuove prestazioni di Neuropsichiatria Infantile e della Adolescenza come di seguito riportato:

codice_senza_punto	nota	DESCR_PRESTAZ_completa	Tariffa_euro in vigore
BK272	I	Percorso terapeutico residenziale NPIA per utenti complessi (bambini – durata massima 6 mesi)	220€
BK273	I	Percorso terapeutico residenziale NPIA per utenti complessi a elevata instabilità clinica (bambini – durata massima 3 mesi)	280€
BL262	I	Percorso terapeutico residenziale NPIA per utenti complessi (adolescenti – durata massima 6 mesi)	220€
BL263	I	Percorso terapeutico residenziale NPIA per utenti complessi a elevata instabilità clinica (adolescenti – durata massima 3 mesi)	280€

La decorrenza delle nuove prestazioni di cui alla precedente tabella è dall'erogato 1.1.2015.

Governo della spesa per residenzialità extra contratto di psichiatria e NPIA

In considerazione del fatto che la spesa relativa agli inserimenti in strutture residenziali extra-contratto, regionali ed extraregionali, ha mostrato nel 2013 e 2014 un aumento marcato sia nell'area della neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza sia in quella della psichiatria dell'adulto, si ritiene di fornire le seguenti indicazioni:

- Il ricovero in strutture residenziali non a contratto deve avere carattere di eccezione ed essere motivato unicamente dalla non disponibilità di posti nelle strutture residenziali a contratto presenti sul territorio della Azienda Ospedaliera di riferimento (e/o a livello regionale) o dalla presenza di bisogni specifici del soggetto non soddisfacibili all'interno delle stesse. Tali condizioni devono essere comprovate da:
 - almeno 3 dinieghi scritti da parte di strutture lombarde a contratto
 - una relazione clinica redatta dai curanti
- Le strutture regionali a contratto sono vincolate a tenere una registrazione delle richieste di ricovero ricevute e non accolte e a precisare per ciascuna di esse i motivi del rifiuto. Tali registrazioni devono essere esibite in occasione di verifiche periodiche delle ASL che dispongono gli inserimenti.
- Il ricovero in strutture residenziali accreditate non a contratto deve in ogni caso essere temporaneo e sottoposto a una regolare verifica da parte degli invianti che devono valutare, almeno semestralmente, il permanere delle condizioni che li hanno motivati, anche al fine di evitare fenomeni di istituzionalizzazione sommersa.

Rapporti contrattuali con erogatori (psichiatria e NPIA)

Le ASL potranno eventualmente rimodulare i budget contrattuali degli erogatori (pubblici o privati) di prestazioni di psichiatria e neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, senza aumento dei costi per il sistema (e senza spostamenti di parte di contratti dal pubblico al privato o viceversa), in modo da riallineare

i valori contrattuali alla produzione effettiva delle singole unità erogatrici, mantenendo l'equilibrio del sistema regionale.

Con riferimento alle previsioni del comma b del paragrafo 2, "Requisiti per la sottoscrizione dei contratti" dell'Allegato 1 della dgr 3856/2012 (nonché della successiva dgr 4606/2012), si evidenzia che si intende debbano essere assolti anche dalle strutture che erogano prestazioni di psichiatria e neuropsichiatria infantile e della adolescenza, secondo le stesse condizioni previste nel citato paragrafo.

Per quanto riguarda la sperimentazione di cui alla dgr 48044 del 04.02.2000 (*Approvazione del progetto sperimentale per la residenzialità psichiatrica negli Istituti Fatebenefratelli dell'Ordine Ospedaliero S. Giovanni di Dio, in attuazione della dgr n. 41785 del 5 marzo 1999*), alla data del 31.12.2014 essa viene considerata conclusa.

In adempimento delle previsioni della dgr 48044 /2000 quindi, nel 2015 i posti accreditati relativi a tale sperimentazione potranno essere messi a contratto, con contestuale riduzione della spesa attualmente in flusso 43san.

Sanità penitenziaria

Minori

Con riferimento alle previsioni della DGR 8120/2008, si conferma che responsabile dell'assistenza sanitaria presso il carcere minorile (IPM) C. Beccaria di Milano, il Centro di Prima Accoglienza (CPA) di Milano e l'Ufficio Servizio Sociale dei Minorenni (USSM) di Milano è la Azienda Ospedaliera San Carlo di Milano, mentre per quanto riguarda l'assistenza ai minori presenti al Centro di Pronto Intervento Comunità "Azimut" di Brescia e a quelli in carico all'USSM di Brescia l'A.O. di riferimento è la A.O. Spedali Civili di Brescia.

Aziende Ospedaliere di riferimento per prestazioni esterne agli istituti di pena

In relazione all'erogazioni di prestazioni sanitarie (ricoveri e prestazioni ambulatoriali) a favore di detenuti ristretti negli istituti penitenziari presenti sul territorio milanese, fino ad oggi assicurata secondo una prassi consolidata di turnazione trimestrale, si precisa che dalla data del 01.01.2015 tali prestazioni dovranno essere assicurate continuativamente durante il corso dell'anno secondo la seguente organizzazione:

- Casa di Reclusione di Bollate: A.O. Sacco
- Casa Circondariale di Milano "San Vittore": A.O. Niguarda
- Casa di Reclusione di Milano Opera: A.O. Fatebenefratelli
- Istituto per minori "C. Beccaria" e Centro di Prima Accoglienza (CPA) di Milano: A.O. San Carlo

2.6. GOVERNO DEI FATTORI PRODUTTIVI NELLE AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE

Il governo e le Regioni hanno condiviso, nelle premesse istituzionali del Patto per la Salute 2014/2016, che *“dovranno essere rivisti gli assetti organizzativi dei servizi sanitari regionali, individuando le dimensioni ottimali delle aziende al fine di migliorare la qualità e l'efficienza nella gestione dei servizi stessi in un'ottica di complessiva razionalizzazione e riduzione dei costi, e in funzione del grado di centralizzazione, tendenzialmente sovra-aziendale, delle attività di amministrazione generale e di supporto tecnico logistico, con particolare e prioritario riferimento all'acquisto di beni e servizi, al reclutamento ed alla gestione degli aspetti retributivi, contributivi e previdenziali del personale, ai sistemi informatici e all'area tecnico-professionale”*. In questo ambito Regione Lombardia ha già avviato da tempo un forte processo di razionalizzazione organizzativa nella gestione del sistema di approvvigionamento di beni e servizi da parte delle aziende sanitarie secondo logiche di aggregazione. Nel 2015 si intende consolidare quanto operato in tale ambito e individuare di altre aree di amministrazione generale in relazione alle quali prevedere modelli di esercizio interaziendale delle funzioni che, nel pieno rispetto del quadro normativo vigente in tema di competenza della p.a., costituiscano driver di effettiva razionalizzazione.

La funzione della gestione operativa, volta alla razionalizzazione e al miglioramento dell'efficienza dei processi organizzativi aziendali dovrà riguardare sia le attività sanitarie (già presentate al paragrafo 2.3) sia quelle amministrative e dovranno essere rivolte alla possibile aggregazione delle funzioni, possibilmente verso le ASL secondo quanto previsto dal “Libro bianco per lo sviluppo del sistema socio sanitario Lombardo”

Come per l'area sanitaria, è quindi richiesto alle AO e alle ASL di realizzare progetti di collaborazione **interaziendali volti alla creazione di funzioni aggregate nelle** seguenti aree:

- La gestione economica del personale
- La formazione
- La gestione dei concorsi
- Gestione dei servizi di farmacie ed economali, sia in ambito aziendale che sovraziendale
- La gestione dei sistemi informativi, anche attraverso la centralizzazione dei data center a livello regionale
- La gestione di servizi non sanitari (sterilizzazione ecc)
- L'area tecnica e di ingegneria clinica
- La riduzione delle locazioni passive, riconducendo le attività all'interno del patrimonio disponibile aziendale

La DG Salute, con circolare da emanarsi entro il 31 gennaio, individua in questi ambiti obiettivi specifici da raggiungere a livello di sistema ed gli schemi tipo per la redazione di progetti da parte delle Aziende. Alla realizzazione dei progetti potranno essere vincolate le risorse disponibili per la ricerca sanitaria a supporto dell'evoluzione del SSR di cui al paragrafo 2.7.

Le ASL e le Aziende Ospedaliere, entro il 28 febbraio, devono predisporre uno o più progetti analitici riferiti ai temi proposti, individuando i risparmi di spesa in termini di costi cessanti per l'area del personale e dei beni e servizi, la durata degli stessi, i risultati attesi nel 2015.

La qualità dei progetti presentati, in termini di rapporto fra risultati attesi e tempi di esecuzione ed il monitoraggio del loro effettivo raggiungimento, costituiranno obiettivo strategico significativo per i direttori generali di AO, unitamente al rispetto dei vincoli di bilancio. La valutazione dei progetti sarà operata da un commissione che verrà istituita ad hoc.

Trattandosi di progetti di miglioramento dei processi amministrativi che coinvolgono tutto il personale amministrativo, tecnico ed economico aziendale, tali progettualità verranno proposte dalla parte pubblica nella contrattazione per le risorse aggiuntive regionali.

2.6.1. PIANI DI ORGANIZZAZIONE AZIENDALE (POA)

In considerazione della riforma in atto e della rideterminazione complessiva dei fabbisogni, i POA in scadenza al 31 dicembre 2014, sono confermati fino al 31 dicembre 2015.

Si invitano pertanto le Aziende al puntuale rispetto delle previsioni di riduzione delle strutture contenute nei cronoprogrammi presentati in occasione dell'approvazione dei POA 2013 da parte di Regione Lombardia.

L'aggiornamento dei Piani sarà possibile una sola volta, nel corso del 2015, e dovrà essere proposto esclusivamente al fine di fronteggiare esigenze indifferibili e urgenti adeguatamente motivate e non procrastinabili all'anno 2016.

In ogni caso eventuali proposte di modificazione del POA non dovranno in alcun modo comportare incrementi delle strutture nel loro complesso (complesse, semplici dipartimentali e semplici).

Si conferma inoltre che, fino alla ridefinizione del riordino delle strutture per tutti i SMEL e i Servizi Trasfusionale non potranno essere ricoperti posti vacanti di struttura complessa. Eventuali situazioni particolari, anche riferite a posizioni già autorizzate ma non ancora formalmente assegnate, dovranno essere autorizzate dalla DG Salute. Si mantiene il blocco del turn over anche per posizioni di dirigenti e di tecnici di laboratorio.

2.6.2. POLITICHE DEL PERSONALE

Entro il 2015 sarà messo a regime il Progetto di determinazione dei fabbisogni standard di personale, basato sulla valutazione comparativa delle dotazioni di risorse umane rapportate ai livelli di attività.

Quanto sopra permetterà di superare progressivamente le modalità con cui vengono attualmente definiti i Piani Assunzione a tempo indeterminato che vengono autorizzati da Regione ed attuati a livello aziendale per giungere ad un più generale piano di gestione delle risorse umane che permetta alle aziende di proporre e mantenere monitorato nel tempo un assetto complessivo delle presenze coerente con il budget complessivamente assegnato da Regione anche nell'ottica di un tendenziale percorso volto a incrementare la quota parte di personale con contratto di lavoro a tempo indeterminato.

In sintesi:

1. La Direzione Generale Salute definisce, all'interno del bilancio di previsione una quota di budget comprensiva sia delle voci di costo del personale sia di quelle riferibili alle risorse umane all'interno della spesa per beni e servizi (personale universitario per la quota ex Indennità De Maria, rapporti interinali ecc.). La determinazione della quota tiene conto del posizionamento aziendale rispetto al benchmark regionale per i diversi profili e nelle diverse aree di attività. A seconda del posizionamento aziendale rispetto a questi indicatori verranno definite tre classi di aziende: quelle in cui potrà essere mantenuto il budget 2014 e quelle nelle quali verranno operate riduzioni % crescenti nel budget autorizzato rispetto al preconsuntivo 2014.
2. Le aziende sanitarie predispongono un piano di gestione delle risorse umane per l'intero 2015 nel quale vengono descritte tutte le azioni che intendono porre in essere, in funzione del turn over previsto, garantendo il rispetto delle risorse di budget disponibili.
3. I piani di gestione delle risorse umane vengono valutati ed approvati dalla Giunta regionale.
4. Il rispetto del piano viene monitorato e certificato dagli organi di revisione aziendale con periodicità mensile.
5. L'autorizzazione alla copertura delle strutture complesse rimane in capo alla Regione.

Più in particolare le attività previste sono specificate nel paragrafo che segue.

2.6.2.1. Fabbisogni e piano di gestione delle risorse umane

Nel corso dell'anno 2015 si procederà ad avviare una nuova rilevazione al fine di fotografare in un'unica scheda tutto il personale operante a qualsiasi titolo presso le aziende sanitarie ed i relativi costi, che dovranno in ogni caso restare distinti fra il personale strutturato (tempo indeterminato e tempo determinato) e le altre forme contrattuali con proiezione della situazione al 31 dicembre 2015.

A tal fine entro febbraio 2015 sarà richiesto alle aziende di compilare un apposito format che sarà predisposto dalla DG Salute e che sarà oggetto di formalizzazione con specifica circolare, ed i cui contenuti dovranno essere assolutamente coerenti con i dati presenti nei flussi informativi e contabili. Tale rilevazione sarà oggetto di puntuale monitoraggio mensile da parte dell'Azienda che dovrà essere trasmesso, con apposita certificazione del Collegio sindacale, ai competenti uffici regionali.

Si ribadisce pertanto l'importanza di una corretta programmazione annuale delle risorse umane così come sopra individuata, in stretta correlazione con il budget 2015 che verrà assegnato a ciascuna azienda.

Nelle more dell'attuazione del nuovo piano di gestione delle risorse umane la Direzione Generale Salute presenterà alla Giunta Regionale un primo provvedimento per l'autorizzazione delle assunzioni di personale a tempo indeterminato ritenute strettamente necessarie ed indifferibili.

Nella determinazione dei Fabbisogni e del piano di gestione delle risorse umane assume fondamentale importanza la qualità del dato presente nel Flusso Fluper, che non rappresenta un elemento diverso ed aggiunto del sistema informativo di ogni singola azienda sanitaria ma elemento essenziale per la complessiva visione dell'intero sistema delle risorse umane del SSR.

Pertanto nel 2015 la corretta e completa compilazione del Fluper assumerà maggiore rilievo nella valutazione dei Direttori Generali con impatti rilevanti ai fini dell'attribuzione dei relativi punteggi.

Si ribadisce quindi 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 sono utilizzati per la definizione degli indicatori di efficienza, efficacia ed economicità delle Aziende e costituiscono pertanto per Regione Lombardia la situazione aggiornata e veritiera.

Nell'anno 2015 i flussi informativi saranno oggetto di particolare attenzione e di possibili interventi di modifica, con apposite circolari della DG Salute, dei dati contenuti negli stessi al fine di garantire una maggiore coerenza:

- fra le informazioni presenti in Fluper rispetto a quanto indicato nel Conto annuale, nel Conto Economico, nel Controllo di Gestione, nell'assetto accreditato e nel POA;
- degli assetti organizzativi e del relativo personale presenti in Fluper rispetto alle attività di ricovero erogate (SDO) e alle prestazioni ambulatoriali o di pronto soccorso(28 SAN).

Al fine della verifica del miglioramento e dell'integrazione dei flussi si dà mandato alla Direzione Generale Salute di predisporre opportune e specifiche indicazioni per ciascuno dei flussi informativi.

A maggiore garanzia della correttezza dei dati trasmessi dalle aziende sanitarie nei flussi regionali, entro il mese di gennaio 2015 ciascuna azienda dovrà individuare un referente unico avente qualifica dirigenziale (tra il personale in servizio) cui sarà affidato il ruolo di interfaccia con Regione Lombardia per quanto attiene a tutti i flussi in oggetto.

Si ribadisce infine che il progetto di individuazione degli standard di fabbisogno di personale, in corso su tutte le aziende ospedaliere ed in fase di avvio sulle Aziende Sanitarie Locali si basa principalmente sulle informazioni presenti nella banca dati Fluper e pertanto una non adeguata rendicontazione e rilevazione delle informazioni richieste darà luogo ad una errata stima del calcolo di Fabbisogni e del piano di gestione delle risorse umane che risulterà a carico delle Aziende. La qualità dei dati dei flussi informativi legati al personale, misurabile attraverso la quadratura con i dati contabili e del controllo di gestione, sarà quindi determinante, nell'attività di valutazione dei piani di gestione delle risorse umane da parte della Direzione Generale Salute, soprattutto in ordine alle assunzioni a tempo indeterminato.

Al fine di garantire una banca dati qualitativamente elevata si ribadisce la corretta compilazione di tutte le voci dei flussi A, B e C di FLUPER 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.

In particolare a garanzia del corretto rilevamento delle presenze di chi presta la propria attività lavorativa con qualsiasi tipo di contratto, all'interno dell'azienda, risulta prioritario per l'anno 2015 anche per il personale dell'area contrattista e convenzionata, compilare obbligatoriamente ed in modo puntuale le ore lavorate nel Flusso B.

Si ricorda che le ore lavorate vanno assegnate al servizio/Unità Operative per il quale viene svolta l'attività indipendentemente dal servizio/Unità Operativa di appartenenza gerarchica o di sede di lavoro; in caso di svolgimento di attività su dipartimenti/servizi/UO/poliambulatori diversi, le ore lavorate devono essere attribuite in modo frazionato e diversamente specificate ricordando che il Flusso B di Fluper permette di rilevarle su sei unità operative differenti.

2.6.2.2. Definizione dei carichi di lavoro e dei costi standard di alcuni processi delle ASL

Nel corso del 2015 verrà costituito uno specifico tavolo a livello regionale per la definizione dei processi oggetto di studio e la condivisione della metodologia di rilevazione e valorizzazione dei costi, nella prospettiva della successiva definizione del costo standard di produzione dei processi individuati, da intendersi come quota standard di assorbimento di risorse per beni, servizi e personale necessaria alla gestione del processo secondo una logica di appropriatezza organizzativa e sostenibilità.

Al riguardo, con decreto della DG Salute, verranno coinvolte sperimentalmente alcune ASL nell'attività di rilevamento dei carichi di lavoro, con individuazione e classificazione delle prestazioni e dei relativi pesi in termini di ore lavorate:

- i. servizi di natura amministrativa
- ii. servizi di front office: è il caso, ad esempio, dei servizi amministrativi collegati al sistema delle cure primarie come la Scelta e Revoca del Medico e del Pediatria di Famiglia;
- iii. servizi di natura autorizzativa: è il caso, ad esempio, delle prestazioni di assistenza integrativa e protesica rispetto ai quali l'ASL svolge un ruolo di verifica e controllo delle prescrizioni protesiche e sulle relative forniture di dispositivi;
- iv. servizi di natura valutativa: è il caso, ad esempio, delle valutazioni multidimensionali svolte su pazienti bisognosi di interventi di trattamento al domicilio e rispetto al quale l'ASL svolge una funzione di verifica, definizione del fabbisogno assistenziale e controllo degli interventi che sono spesso erogati da soggetti privati;
- v. servizi di natura sanitaria e socio sanitaria: è il caso, ad esempio, delle prestazioni erogate nelle strutture consultoriali oppure nei SERT a gestione diretta, che sono gestite attraverso risorse interne all'ASL.

Oltre ai carichi di lavoro verranno inoltre valutati i fattori produttivi specifici (anche esterni) della prestazione, a questa direttamente o indirettamente attribuibili anche attraverso il sistema di contabilità analitica per Centri di Costo e dei flussi informativi istituzionali regionali e l'adozione di logiche ispirate al passaggio dalla rilevazione dei Costi per "centro" in modo da poter giungere alla rilevazione dei costi standard per "attività e processi" e da questi alle prestazioni/servizi.

Andrà definita una stima affidabile del costo delle prestazioni/servizi sulla base delle attività e dei processi che ne sono alla base, per consentire la simulazione di scenari di riduzione dei costi *process driven*, ossia guidati da interventi di revisione dei sistemi di erogazione.

Le evidenze dello studio devono poi fornire un valido ed oggettivo supporto ad interventi di razionalizzazione del modello di offerta, nonché favorire l'individuazione di interventi sui processi organizzativi volti al raggiungimento di una maggiore efficienza gestionale.

2.6.2.1. GRADUATORIE, MOBILITA' E CONCORSI

VALIDITÀ DELLE GRADUATORIE

Le disposizioni che stabiliscono la proroga del termine di efficacia delle graduatorie dei concorsi pubblici per assunzioni a tempo indeterminato relative alle *"amministrazioni pubbliche soggette a limitazioni delle assunzioni"* non si applicano agli enti del Servizio sanitario nazionale, a meno che, afferendo a Regioni soggette all'attuazione di piani di rientro dal disavanzo sanitario, siano sottoposti, nell'ambito di tali piani, a specifiche misure limitative delle assunzioni.

Con specifico riferimento quindi alle Aziende Sanitarie lombarde, nei cui confronti il regime ordinario non prevede vincoli e limitazioni alla possibilità di assunzioni, trova applicazione la regola generale di cui all'art. 35, comma 5-*bis*, D.Lgs. 165/01, che stabilisce la validità triennale delle graduatorie per l'assunzione nelle amministrazioni pubbliche, decorrente dalla data della loro pubblicazione.

SCORRIMENTO GRADUATORIE

Secondo la giurisprudenza recente più ricorrente, si è ormai realizzata una sostanziale inversione del rapporto tra l'opzione per un nuovo concorso e la decisione di scorrimento di una graduatoria preesistente ed efficace della medesima azienda sanitaria: lo scorrimento della graduatoria rappresenta la modalità di reclutamento ordinaria, mentre l'indizione di un nuovo concorso costituisce l'eccezione e richiede un'apposita e approfondita motivazione, che dia conto del sacrificio imposto ai concorrenti idonei e delle preminenti esigenze di interesse pubblico.

Si rammenta inoltre la disposizione di cui all'art. 36 (*Utilizzo di contratti di lavoro flessibile*), comma 2, D. Lgs. 165/01, relativa alla sottoscrizione da parte delle amministrazioni pubbliche, per prevenire fenomeni di precariato, di contratti a tempo determinato con i vincitori e gli idonei delle proprie graduatorie vigenti per concorsi pubblici a tempo indeterminato.

In caso di mancanza di graduatorie proprie, le amministrazioni possono attingere a graduatorie di altre amministrazioni ai sensi dell'art. 9 della legge n. 3 del 16 gennaio 2003 *"Disposizioni ordinamentali in materia di pubblica amministrazione"*, previo accordo tra le amministrazioni interessate, anche alla luce della volontà di operare concorsi aggregati interaziendali

Come ribadito nella circolare prot. n. 53485 del 21.11.2013 del Dipartimento della Funzione Pubblica, si invitano le aziende a fare un uso corretto della norma, non elusivo dei limiti alle assunzioni a tempo indeterminato, auspicabilmente previa adozione di specifica regolamentazione dello strumento improntata ai principi di trasparenza, imparzialità e buona amministrazione.

Infine si rammenta che ai sensi dell'art. 26, comma 6 legge regionale Lombardia 7 luglio 2008, n. 20 "*Testo unico delle legge regionali in materia di organizzazione e personale*", le Aziende Sanitarie Pubbliche lombarde potranno coprire i posti disponibili –nella qualifica dirigenziale- e nei limiti delle rispettive dotazioni organiche, anche attraverso il ricorso reciproco alle graduatorie vigenti di pubblici concorsi.

MOBILITA' VOLONTARIA

Ai fini dell'accesso al pubblico impiego lo scorrimento delle graduatorie deve preferirsi alla mobilità volontaria ex art. 30 D.Lgs. 165/2001.

Tra l'utilizzo dello scorrimento della graduatoria e quello della mobilità volontaria il legislatore ha dato preferenza al primo metodo, poiché a fronte dell'idoneità di entrambi di consentire il reperimento di personale professionalmente qualificato, la mobilità volontaria esige una nuova procedura (individuazione dei requisiti e delle competenze professionali richieste tramite specifico bando da pubblicare sul sito istituzionale per un periodo pari ad almeno trenta giorni) con dispendio di tempo e risorse. In ogni caso l'amministrazione procedente, adeguatamente motivando, può comunque fare ricorso alla mobilità volontaria, piuttosto che scorrere la graduatoria.

Al contempo permane in capo all'amministrazione un potere di organizzazione che si estrinseca attraverso l'uso di un potere discrezionale nel determinare la quantità dei posti riservati alla mobilità volontaria rispetto a quelli riservati a pubblico concorso; il suddetto poter discrezionale dovrà essere esercitato mediante un atto fornito di congrua motivazione, affinché si palesino chiaramente le ragioni per cui si preferisce reperire sul mercato, piuttosto che tra i dipendenti già in servizio presso altre amministrazioni, le professionalità necessarie.

CONCORSI AGGREGATI

Con riferimento a quanto precisato in ordine ai progetti di accorpamento dei servizi tecnici/amministrativi 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. La presente disposizione è da ritenersi attuabile sia per le procedure concorsuali del personale del comparto che del personale appartenente alle Dirigenze.

2.6.2.2. FORMAZIONE ECM

Con Decreto della Direzione Generale Salute nel corso del 2015 saranno recepite le implementazioni normative e tecnico-informatiche necessarie per l'adeguamento del sistema lombardo all'impianto normativo nazionale, soprattutto in relazione all'obiettivo della certificazione dei crediti per ciascun professionista sanitario che segue criteri nazionali. Sarà chiesto ai provider il rispetto del contenuto del Decreto.

2.6.2.3. RAPPORTO CON L'UNIVERSITÀ

Come noto la legge regionale 33/2009, al Titolo III, ha disciplinato i rapporti tra la Regione e le Università della Lombardia. Tale disciplina si fonda sul riconoscimento del legame che vi è tra le attività di assistenza, didattica e ricerca e sulla definizione della rete regionale di assistenza, formazione e ricerca di cui fanno parte i poli universitari e gli ospedali e le strutture collegate ma non ricomprese nei poli universitari.

Negli anni sono stati individuati sia i poli universitari che le strutture collegate e sono stati sviluppate importanti relazioni tra servizio sanitario regionale e università

Tuttavia, anche in considerazione delle intervenute norme a livello nazionale, appare oggi necessaria una revisione delle relazioni fra la rete di formazione universitaria e il servizio sanitario regionale che tenga conto:

- del crescente ruolo degli ospedali e delle strutture non sede di polo nella rete formativa, sia per gli aspetti legati alla formazione specialistica che a quelli riconducibili alla medicina generale
- dello sviluppo del territorio e delle conseguenti opportunità di un maggior raccordo fra aspetti assistenziali, didattici e di ricerca
- della necessità di prevedere e di rideterminare il fabbisogno di medici specialistici, individuando le priorità sulle quali concentrare le eventuali risorse aggiuntive regionali per il finanziamento di borse aggiuntive di specializzazione
- della possibilità, nello spirito della normativa regionale vigente, di prevedere e strutturare progetti di collaborazione fra università, IRCCS ed aziende sanitarie nelle quali, a fronte di un contributo di personale universitario o di personale in formazione specialistica all'attività assistenziale (documentato, analitico, misurabile e monitorabile nel tempo) possa essere previsto un contributo, anche di natura economica, delle aziende alle attività didattiche dell'università

Tale ultima possibilità si rende oggi maggiormente percorribile anche grazie alla intervenuta normativa approvata con la legge n. 240/2010 che ha ampliato le possibilità di collaborazione tra le strutture del servizio sanitario nazionale e le università.

L'attuazione delle sopra esposte linee di indirizzo richiede, in alcuni casi, la revisione parziale dell'attuale normativa e, in altri, la necessità di un confronto sistematico nell'ambito degli strumenti già previsti dalla legge regionale n. 33/2009.

La revisione della normativa regionale potrà essere affrontata all'interno della più ampia revisione dell'intera legge regionale n. 33/2009 e prevista dal Programma Regionale di Sviluppo della X Legislatura. Per quanto non direttamente ricadente nella necessità di revisioni normative si ritiene di dare piena attuazione a quanto disposto dall'art. 30 della legge n. 33/2009, avviando un percorso di incontri sistematici del Comitato di Indirizzo e Coordinamento (CIC) al fine di valutare lo sviluppo dei possibili ulteriori ambiti di collaborazione, anche attraverso progetti sperimentali approvati dalla Giunta regionale e coerenti con le linee di indirizzo sopra riportate.

Nell'ambito dei lavori del Comitato di Indirizzo e Coordinamento potrà essere altresì valutata la possibilità di revisione del protocollo di intesa di cui all'art. 28 della legge regionale n. 33/2009 alla luce del mutato contesto normativo nazionale.

2.6.2.4. DISTACCHI IN REGIONE

Personale in distacco presso la Giunta regionale della Lombardia

Dal 1° gennaio 2015 sarà possibile il distacco di personale dirigenziale delle aziende sanitarie per l'utilizzo da parte della Giunta regionale di professionalità non rinvenibili nei ruoli della Giunta regionale, i relativi oneri saranno totalmente a carico dell'Ente sanitario distaccante. La DG Salute valuterà la possibilità di concedere alle Aziende distaccanti l'autorizzazione all'assunzione a tempo determinato di personale in sostituzione del personale aziendale in distacco presso la Giunta regionale.

2.6.2.5. ASSUNZIONI A TEMPO DETERMINATO

Connesse all'evento EXPO Milano 2015

Anche per l'anno 2015 si valuterà la possibilità di autorizzare le aziende sanitarie lombarde ad assunzioni a tempo determinato connesse all'evento EXPO 2015 ed in coerenza con la Legge Regionale n. 19/2013 art.11.

Non rientranti nei limiti temporali di cui al d.lgs 368/2001

Si rammenta che ai sensi dell'art. 10 comma 4ter del D.Lgs. 368/01, nel rispetto dei vincoli finanziari che limitano, per il SSN, la spesa per il personale e il regime delle assunzioni, sono esclusi dall'applicazione del limite temporale massimo di trentasei mesi, i contratti a tempo determinato del personale sanitario, ivi compresi quelli dei dirigenti, in considerazione della necessità di garantire la costante erogazione dei servizi sanitari e il rispetto dei livelli essenziali di assistenza.

Di cui alla legge n. 68/1999 e mobilità compensativa

L'assunzione di personale appartenente alle categorie protette potrà essere effettuato 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 dirigenziale 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.

2.6.2.6. ALTRE DISPOSIZIONI

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. A decorrere dal 1 gennaio 2015, le risorse destinate annualmente al trattamento economico accessorio sono decurtate di un importo pari alle riduzioni operate per effetto del precedente periodo.

Si rammenta inoltre che le riduzioni così operate, non costituiscono economie accantonabili.

INDENNITÀ DI VACANZA CONTRATTUALE

L'indennità di vacanza contrattuale dovrà essere corrisposta anche per l'anno 2015 secondo le medesime modalità di calcolo definite dalla DGR 1185/2013 ed il relativo onere dovrà essere contabilizzato tra i costi del personale dipendente.

PRINCIPIO DI OMNICOMPRESIVITÀ DELLA RETRIBUZIONE

Si richiamano le indicazioni regionali fornite con nota prot. n. H1.2013.0021995 del 24.07.2013 ad oggetto *"impiego di personale per attività progettuali – principio di omnicomprensività della retribuzione"*.

DIVIETO DI INCARICHI DIRIGENZIALI A SOGGETTI IN QUIESCENZA E RICAMBIO GENERAZIONALE

Si richiama l'attenzione delle Aziende al rispetto delle disposizioni di cui all'art. 5, comma 9, DL 6 luglio 2012 n. 95, così come modificato dall'art. 6 del D.L. 24 giugno 2014 n. 90 recante *"Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l'efficienza degli uffici giudiziari."* convertito con modificazioni dalla L. 11 agosto 2014, n. 114.

A tale riguardo si sottolinea, nello spirito di incentivazione del ricambio generazionale cui è stata improntata la riforma della pubblica amministrazione, l'opportunità di ricorrere al conferimento di incarichi e collaborazioni a titolo gratuito a soggetti in quiescenza, laddove vi siano obiettive ragioni di interesse pubblico prevalenti rispetto all'utilizzo di nuove professionalità.

Si richiamano inoltre le indicazioni già fornite con nota prot. n. H1.2014.0024843 del 10.7.14 ad oggetto *"art. 1 D.L. 24 giugno 2014 n. 90 "Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l'efficienza degli uffici giudiziari"*, in tema di trattenimento in servizio e risoluzione unilaterale del contratto nei confronti dei dipendenti che abbiano maturato i requisiti pensionistici ex art. 72, comma 11, DL 112/08 (convertito in L. 133/08).

A tale ultimo riguardo si evidenzia l'applicabilità della disposizione in esame ai dirigenti medici e del ruolo sanitario, non prima del raggiungimento del sessantacinquesimo anno di età, e la non applicabilità della stessa ai responsabili di struttura complessa del SSN, così come disposto in sede di conversione del DL 90/14, dalla legge 114/14.

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

2.6.3. POLITICHE DEGLI ACQUISTI E SISTEMI DI VERIFICA E TRASPARENZA

IL SISTEMA DEGLI ACQUISTI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

Regione Lombardia ha rafforzato il sistema degli acquisti regionale attribuendo all'azienda regionale centrale d'acquisti S.p.a. il ruolo di soggetto aggregatore ai sensi e per gli effetti dell'articolo 9, comma 1, del decreto-legge 24 aprile 2014 n. 66 (Misure urgenti per la competitività e la giustizia sociale), convertito con modificazioni dalla legge 23 giugno 2014, n. 89.

Come stabilito dalla legge regionale 5 agosto 2014 n. 24 (legge di assestamento al bilancio 2014-2016) articolo 21 (Disposizione non finanziarie), comma 9, la nuova figura di ARCA S.p.a. come soggetto aggregatore oltre che armonizzare il sistema regionale a quanto stabilito dal legislatore nazionale prevede l'attribuzione di funzioni di coordinamento in materia di pianificazione, programmazione, gestione e il controllo degli approvvigionamenti di lavori, forniture e servizi avvalendosi del Tavolo Tecnico degli appalti con l'obiettivo di massima trasparenza nel sistema degli acquisti del servizio sanitario regionale.

Si ribadisce per Regione Lombardia, nel sistema a "rete" che si viene a configurare, la funzione essenziale dei consorzi e unioni formalizzate d'acquisto in grado di aggregare la domanda e supportare le funzioni acquisti delle Aziende sanitarie al fine di costruire un corretto rapporto tra costi e servizi erogati e ricercare la migliore efficienza nel processo d'acquisto.

Nelle more dell'istituzione del Tavolo Tecnico degli appalti che sarà istituito con deliberazione della Giunta regionale, la quale ne disciplina le forme di partecipazione, le modalità di finanziamento inclusi gli strumenti di delega allo svolgimento delle procedure aggregate nel rispetto del ruolo di soggetto aggregatore di ARCA S.p.A., le aziende dovranno procedere secondo il seguente ordine:

1. 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;
2. In via residuale le Aziende sanitarie dovranno procedere attraverso forme di acquisizione aggregata all'interno dei consorzi/unioni formalizzate di acquisto;
3. Solo nell'impossibilità di procedere nelle modalità precedentemente descritte le Aziende sanitarie potranno attivare delle iniziative di gara autonome.

In attesa di una più ampia e definita programmazione e pianificazione degli approvvigionamenti da parte di ARCA S.p.A., le Aziende attraverso i coordinatori dei Consorzi/ unioni formalizzate d'acquisto dovranno procedere ad inviare alla Direzione Generale Salute ed ad ARCA S.p.A. una programmazione delle procedure di gara che a regime diventerà triennale:

- Entro il 15 Gennaio 2015 - Resoconto delle procedure d'acquisto pubblicate nel 2014 e revisione della programmazione 2015 (gare aggregate e da svolgere in autonomia)
- Entro il 30 Aprile 2015 - Programmazione degli acquisti 2015 e 2016 (gare aggregate e da svolgere in autonomia);
- Entro il 30 Settembre 2015 - Prima revisione della programmazione per gli anni 2015 e 2016 e programmazione delle procedure d'acquisto per l'anno 2017 (gare aggregate e da svolgere in autonomia);
- Entro il 15 Gennaio 2016 - Resoconto procedure d'acquisto pubblicate nel 2015 e revisione programmazione 2016 e 2017(gare aggregate e da svolgere in autonomia).

Per un efficace coordinamento e la massima trasparenza delle procedure di acquisizione la programmazione delle gare e la ripartizione per tipologie di acquisti sostenuti verranno pubblicati sul sito di ARCA S.p.A..

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 2015 è di incrementare di un ulteriore 10% la spesa effettiva attraverso procedure centralizzate/aggregate rispetto allo stesso periodo 2014.

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 55% per le A.S.L. e 50% per le altre aziende sanitarie.

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 S.p.a. 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 S.p.a.;
- 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.

Entro il mese di Dicembre 2014, l'Agenzia Regionale Centrale Acquisti fornirà l'elenco delle procedure che saranno esperite direttamente dalla centrale nell'anno 2015, 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. La pianificazione potrà essere rivista in corso d'anno alla luce delle misure sopra indicate.

Nella fase di preparazione delle procedure centralizzate verranno implementati dei Tavoli di lavoro tecnici composti da professionisti delle Aziende Sanitarie. E' 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

Si conferma quanto stabilito nella nota H1.2013.0008332 del 13/03/2013, ove si specifica l'obbligo per gli enti sanitari di ricorrere, in via gradata all'utilizzo di:

1. Convenzioni stipulate dalla CRA di riferimento;
2. Convenzioni stipulate da Consip S.p.A. laddove non presenti Convenzioni ARCA S.p.a.;
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 tipologie di procedure escluse dall'obbligo di utilizzo della piattaforma SINTEL. A tal fine si veda Delibera Giunta Regionale n. 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.

Si richiede l'intervento delle Direzioni aziendali nella verifica costante dell'andamento delle procedure aggregate ed al rispetto dei tempi programmati in particolare delle fasi di preparazione delle gare.

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.

E' previsto un comitato dei coordinatori dei consorzi che si dovrà riunire a livello regionale almeno 7 volte nell'anno 2015 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 S.p.a., 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 S.p.a. sull'andamento delle programmazione degli acquisti e sullo stato di avanzamento delle gare centralizzate.

ISTRUTTORIA ISTANZE DI AUTORIZZAZIONE

Richiesta autorizzazione preventiva nuovi servizi

Si conferma quanto previsto nella Delibera X/1185 del 20/12/2013 in merito all'approvazione preventiva sull'avvio di nuovi servizi.

- a) La Commissione per la verifica dei servizi non sanitari e sanitari valuterà preventivamente i seguenti servizi:

Servizi non sanitari: lavanderia/lavanolo, pulizia, mensa, riscaldamento/gestione calore.

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 funzionario 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.

Gli uffici della Direzione Generale Salute effettueranno il controllo preventivo sugli aspetti economico-finanziari di Bilancio e sul rispetto degli indirizzi di programmazione sanitaria.

A chiusura del procedimento di attivazione dei nuovi servizi si richiede di inviare alla UO Economico Finanziario gli esiti delle procedure di affidamento.

- 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

Si conferma quanto previsto nella Delibera X/1185 del 20/12/2013: 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.

SISTEMA REGIONALE MONITORAGGIO BENI E SERVIZI

Dispositivi medici

Alla luce dell'Intesa sancita il 10 luglio 2014 tra il Governo, le Regione e le Province autonome di Trento e Bolzano sul nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016 si richiede un budget annuale preventivo dei

consumi dei dispositivi medici per classi di CND comparata con la chiusura dell'anno 2014. L'analisi riguarda le seguenti Voci di Bilancio: B.1.A.3.1 Dispositivi medici, B.1.A.3.2. Dispositivi medici impiantabili attivi e B.1.A.3.3 Dispositivi medici diagnostici in vitro. In sede di bilancio preventivo 2015 verranno inviate istruzioni alle aziende.

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 2015 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.

Per poter definire correttamente le basi su cui costruire le procedure di gara in particolare le gare consorziate e gli accordi quadro si richiede l'utilizzo attento e costante degli strumenti di monitoraggio messi a disposizione degli enti sanitari:

1. Il Datawarehouse regionale sul flusso dispositivi medici che rappresenta lo strumento principale di consultazione utile al fine di raggiungere gli obiettivi di contenimento della spesa;
2. Le analisi di approfondimento sulle classi più importanti di dispositivi medici a livello regionale e nazionale;
3. I confronti analitici sulle protesi.

Le aziende dovranno verificare le migliori condizioni di mercato, sia nel settore pubblico che privato e tendere alla massima efficienza del processo d'acquisto.

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.

Si rammenta che dall' 01/01/2015 è introdotto il regime sanzionatorio per l'invio dei contratti relativi ai dispositivi medici per cui si richiede particolare attenzione nella trattazione dei dati sia dal punto di vista formale sia, evidentemente, per ciò che concerne gli aspetti di costo.

Per le aziende sanitarie verrà predisposto un report di ritorno sul flusso contratti dispositivi medici in cui verranno inviate alle aziende le informazioni relative ai dati di caricamento del flusso contratti con le eventuali segnalazioni di incongruenze rispetto al flusso consumi dispositivi medici.

Monitoraggio Servizi non sanitari

Prosegue il lavoro sul monitoraggio delle performance relative ai servizi non sanitari e lo studio del Tavolo di lavoro con i rappresentanti del controllo di gestione degli enti sanitari per una revisione del manuale operativo.

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

Come stabilito dal decreto del 22 aprile 2014 l'alimentazione del flusso informativo è obbligatorio per le strutture sanitarie pubbliche, private accreditate e private non accreditate con le seguenti tempistiche:

- a) entro il 31 dicembre 2014 per le grandi apparecchiature sanitarie in uso alla data del 31 dicembre 2013 presso le strutture pubbliche;
- b) entro il 31 dicembre 2015 per le grandi apparecchiature sanitarie in uso alla data del 31 dicembre 2014 presso le strutture sanitarie private accreditate;
- c) entro il 31 dicembre 2016 per le grandi apparecchiature sanitarie in uso alla data del 31 dicembre 2015 presso le strutture private non accreditate.

Eventuali nuove 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.

I dati provenienti da questo flusso verranno utilizzati anche dalla Commissione Tecnologie Sanitarie.

Per quanto riguarda il debito informativo delle strutture sanitarie private accreditate verranno inviate successivamente istruzioni alle ASL e alle strutture stesse.

SISTEMI DI VERIFICA E DI MONITORAGGIO

Per la trasparenza del sistema di acquisizione regionale e per favorire i confronti fra le diverse aziende sono a disposizione una serie di strumenti:

- a) Per quanto riguarda l'acquisto di dispositivi medici per poter definire correttamente le basi su cui costruire le procedure di gara, in particolare le gare consorziate e gli accordi quadro, si richiede l'utilizzo attento e costante degli strumenti di monitoraggio messi a disposizione degli enti sanitari:
 1. Il Datawarehouse regionale sul flusso dispositivi medici che rappresenta lo strumento principale di consultazione utile al fine di raggiungere gli obiettivi di contenimento della spesa;
 2. Le analisi di approfondimento sulle classi più importanti di dispositivi medici a livello regionale e nazionale,
 3. I confronti analitici sulle protesi dal flusso SDO endoprotesi.

Le aziende dovranno verificare le migliori condizioni di mercato, sia nel settore pubblico che privato e tendere alla massima efficienza del processo d'acquisto.

Il posizionamento della singola azienda rispetto alle medie regionali (settore pubblico e privato) per quanto riguarda le classi di dispositivi medici a maggiore spesa sarà valutato nell'ambito degli

obiettivi e sarà tenuto in considerazione nell'allocazione delle risorse dei Beni & Servizi a Bilancio preventivo 2015.

Si richiederà al Collegio Sindacale la verifica dell'utilizzo di questi strumenti nella fase di preparazione delle procedure di acquisizione.

- b) Per quanto riguarda i servizi non sanitari anche per il 2015 i dati del monitoraggio dei servizi non sanitari saranno utilizzati per la verifica 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**. La relazione dovrà essere inviata agli uffici regionali il giorno 15 del mese successivo alla chiusura del trimestre.

Per poter omogeneizzare i dati ricevuti verrà inviata una scheda-tipo in cui evidenziare, per le gare aggiudicate nel trimestre, gli scostamenti a parità di consumi su base annuale rispetto allo storico.

Si richiede, inoltre, 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.

OBIETTIVI 2015

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 2015".

2.6.4. INVESTIMENTI

In continuità con quanto già contenuto nella DGR n. 1185/2013 nel corso del 2015 saranno ulteriormente affinate e puntualizzate le procedure che regolano gli interventi di edilizia sanitaria. A tal fine si evidenzia che a partire dal 2015 opereranno nuove linee guida, sostitutive delle precedenti, per gli investimenti che saranno oggetto di specifica approvazione da parte della Giunta regionale e che declineranno anche in modo più puntuale le indicazioni riportate nel presente paragrafo.

In un contesto di continua contrazione delle disponibilità economiche, Regione Lombardia anche per l'anno 2015 destinerà agli investimenti risorse regionali importanti finalizzate a mantenere e, ove possibile, accresce la qualità delle strutture anche nell'ottica della riorganizzazione e del futuro assetto già tracciato dal Libro Bianco e che sarà determinato dalla riforma sanitaria regionale.

2.6.5. COMMISSIONE PER LE TECNOLOGIE SANITARIE

Nel corso del 2014 le risorse per investimenti in tecnologie sono state finalizzate al miglioramento delle strutture sanitarie, rivolgendo particolare attenzione alla sostituzione delle apparecchiature sanitarie obsolete, e alla valutazione in ordine alle reali necessità sull'acquisizione di ulteriori tecnologie rientranti nelle classi oggetto di monitoraggio nel flusso ministeriale, in relazione al loro reale utilizzo.

La Direzione Generale Salute ha proseguito nel corso dell'anno 2014, con i lavori della Commissione Tecnologie Sanitarie istituita con Decreto del Direttore Generale Salute n. 10737/2013, precisando che nel corso dell'anno 2015 per il monitoraggio delle grandi apparecchiature sanitarie in uso presso le strutture sanitarie, si prevede di ampliare le tipologie di apparecchiature da mappare inserendo mammografi digitali e angiografi, ferma restando la coerenza con le indicazioni che esiteranno dai lavori del Tavolo tecnico

ministeriale relative all'aggiornamento del flusso informativo reso obbligatorio a livello nazionale dal Ministero della Salute a partire dal 1° gennaio 2014.

Rimane confermato quanto già disposto nella D.G.R n. 1185 del 20 dicembre 2013 e successivamente integrato con DGR n. 2313 del 1° agosto 2014 relativamente alla richiesta di autorizzazione per l'acquisizione di apparecchiature da parte delle Aziende Sanitarie e Fondazioni IRCCS di diritto pubblico, rientranti nel flusso di monitoraggio quali (Tomografo a Risonanza Magnetica, Acceleratore Lineare, Sistema robotizzato per chirurgia endoscopica, Sistema TAC/PET, Gamma Camera Computerizzata, Sistema TAC/Gamma Camera) che saranno oggetto di valutazione della Commissione per le Tecnologie Sanitarie.

2.6.6. COSTITUZIONE FONDO REGIONALE DERIVANTE DA ECONOMIE E UTILIZZO DELLA VOCE IMPREVISTI

Le economie degli interventi ammessi a finanziamento e relativi a riqualificazioni, ammodernamenti, nuove realizzazioni e acquisizione di apparecchiature, rappresentano risorse a disposizione del sistema e, come tali, sono ricondotte nelle disponibilità di Regione Lombardia.

A tal fine a partire dagli interventi aggiudicati dal 2015, ancorché già finanziati nel corso degli anni precedenti, le economie derivanti dai ribassi d'asta, per gli interventi di opere e/o forniture ammessi a finanziamento con contributi pubblici statali/regionali (ivi incluso il fondo di rotazione), sono disponibili per le Stazioni Appaltanti nella misura della quota percentuale utile al raggiungimento del limite massimo del 10% della somma accantonata per gli imprevisti del Q.E. del progetto aggiudicato.

Per l'eventuale utilizzo della voce imprevisti dovrà essere comunque preventivamente richiesta specifica autorizzazione alla DG Salute che si esprimerà di volta in volta avuto riguardo alla coerenza con la programmazione regionale.

Tutte le economie derivanti dai ribassi d'asta contribuiranno alla costituzione di un fondo destinato al finanziamento di ulteriori programmi di investimento approvati dalla Giunta regionale in relazione alle priorità programmatiche di intervento, fatto salvo quanto previsto al punto 2.3.4.4. relativamente alla costituzione del fondo di riserva per il rifinanziamento di progetti già in corso di realizzazione.

2.6.7. COSTITUZIONE FONDO DI RISERVA PER RIFINANZIAMENTO DEGLI INTERVENTI

Il rifinanziamento dell'intervento per eventuali costi aggiuntivi rispetto al quadro economico del progetto aggiudicato dovrà essere sottoposto all'approvazione della Giunta regionale.

2.6.8. GESTIONE TECNICO-AMMINISTRATIVA DEGLI INTERVENTI DI EDILIZIA SANITARIA

Per gli interventi per la realizzazione dei quali è stazione appaltante ILSPA che prevedono di intervenire su aree con attività sanitaria in corso, occorre che venga concordato e sottoscritto preventivamente il piano secondo cui l'Azienda Sanitaria renderà disponibili le aree stesse per l'approntamento del cantiere e

l'esecuzione dell'intervento ammesso a finanziamento. Soggetto gestore delle attività di sgombero e di apprestamento del cantiere nell'ambito delle predette aree è ILSPA (qualora non esistano Convenzioni già sottoscritte che dispongano diversamente). Per tale attività dovrà essere prevista la copertura finanziaria nel quadro economico di progetto, nella misura in cui non è compresa nelle spese generali di cui all'art. 32, c. 4 del D.P.R. 207/2010.

Nell'attuazione degli interventi di opere e/o forniture ammessi a finanziamento con contributi pubblici, qualora si dovessero riscontrare iniziative assunte da parte dell'Azienda Sanitaria non rispettose di una corretta ed efficace gestione tecnico – amministrativa, la Direzione Generale Salute ricondurrà queste "situazioni" a parametro di valutazione dell'attività complessiva delle direzioni aziendali, con l'introduzione di penalità che saranno declinate nell'ambito delle nuove linee guida.

Il soggetto interessato ha l'obbligo di comunicare l'iscrizione di riserve da parte dell'esecutore del contratto. La Direzione Generale Salute terrà conto delle riserve di cui sopra ai fini dell'autorizzazione delle disponibilità economiche del Q.E. e in nessun caso autorizzerà varianti in corso d'opera e/o rimodulazioni del Q.E. nel caso in cui l'entità delle riserve risulta pari o superiore alle disponibilità accertate nella voce imprevisti.

Le somme per imprevisti e/o anche altre eventuali economie risultanti a consuntivo e chiusura del procedimento di attuazione dell'intervento finanziato, potranno essere utilizzate per la realizzazione di nuovi interventi. A tale proposito, l'Azienda interessata, contestualmente alla richiesta di saldo del contributo, dovrà fare pervenire istanza di utilizzo di dette economie con la relativa proposta di impiego, per le valutazioni da parte della Direzione Generale Salute

2.6.9. INTERVENTI FINALIZZATI ALLA RAZIONALIZZAZIONE DELLE SEDI

In attuazione delle previsioni del PRS "della X^a legislatura ed, in particolare l'obiettivo di razionalizzare le sedi regionali e valorizzare il patrimonio pubblico, meglio declinato dai relativi risultati attesi 7. Ist. 1.5 e 8. Ist. 1.5" e nell'ottica del futuro assetto organizzativo già tracciato dal Libro Bianco, nel corso del 2015 saranno valutati progetti di riqualificazione e razionalizzazione delle sedi finalizzati all'ottimizzazione dei servizi e degli uffici amministrativi.

A tal fine parte di quanto appostato sugli investimenti sanitari sul bilancio regionale sarà convogliato su interventi approvati dalla Giunta e rientranti nel presente paragrafo.

Nell'ambito delle azioni tese all'efficientamento della gestione dei processi, è richiesto alle Aziende Sanitarie di garantire l'invio alla DG Salute entro il primo trimestre del 2015 di un'analisi dettagliata sull'assetto del patrimonio immobiliare in cui si sviluppa l'attività di erogazione dei servizi (con l'indicazione dei relativi titoli giuridici di possesso) e la definizione di proposte dirette alla razionalizzazione dell'utilizzo delle relative risorse (ad esempio attraverso il trasferimento di servizi da sedi occupate a titolo oneroso a sedi concesse in comodato da parte di altre aziende sanitarie).

Inoltre, al fine di ottimizzare gli spazi disponibili le aziende ordinano, classificano, gestiscono e conservano il patrimonio documentale secondo la normativa vigente con particolare riguardo alla DGR n. 325 del 27/6/2013 - Approvazione del Titolario di classificazione e Massimario di scarto della documentazione del Sistema Sanitario e Socio-sanitario regionale lombardo (di concerto con l'Assessore Cantù). La

conservazione e l'archiviazione effettuate secondo massimario consentono la proposta di scarto della documentazione sanitaria e sociosanitaria nonché amministrativa alla Soprintendenza per i beni archivistici per la Lombardia, con conseguente notevole risparmio di spazi fisici e digitali delle aziende. La Direzione Generale Salute prosegue l'attività di monitoraggio e aggiornamento del suddetto titolare e massimario di scarto, strumento di riferimento atto a garantire facilità d'accesso ai portatori d'interesse e risparmio di spazi e di risorse per la gestione del patrimonio documentale prodotto.

2.7. RICERCA E INNOVAZIONE

2.7.1. SISTEMA BIBLIOTECARIO BIOMEDICO LOMBARDO SBBL

La Regione promuove e sostiene il Sistema Bibliotecario Biomedico Lombardo (SBBL) che si configura come una biblioteca virtuale finalizzata a diffondere la conoscenza scientifica in ambito biomedico e sanitario. Il sistema offre qualificata documentazione scientifica e clinica al personale sanitario operante nelle strutture sanitarie lombarde pubbliche e/o accreditate. SBBL rappresenta un significativo e strategico segmento nella gestione della Sanità in Lombardia in quanto puntando sulla cultura e sull'aggiornamento professionale degli operatori sanitari, concorre a migliorare il livello qualitativo delle prestazioni erogate.

1. Proposta di revisione del Titolo VII° bis della legge regionale n. 33/2209 che disciplina SBBL con finalità di efficientamento del Sistema attraverso un intervento di semplificazione organizzativa.
2. Le Aziende per assolvere alle loro esigenze informative/formative, attingeranno in primo luogo al patrimonio bibliografico di SBBL non solo per quanto riguarda le pubblicazioni in ambito biomedico e sanitario, ma anche in altri ambiti non strettamente di pertinenza medico-scientifica (per es. pubblicazioni giuridiche, amministrativo-organizzative, economiche, quotidiani, pubblicazione a carattere divulgativo, ecc.) evitando così possibili duplicazioni di acquisiti.
3. Le Aziende non rinnoveranno i contratti in essere con editori per pubblicazioni che sono già disponibili nella dotazione bibliografica di SBBL e non attiveranno nuovi abbonamenti.
4. Per la gestione del Sistema Bibliotecario Biomedico Lombardo, è stanziata la somma complessiva di 1.600.000 che verrà erogata sulla base di una puntuale rendicontazione e verifica.

2.7.2. RICERCA

Piattaforma per la ricerca e l'innovazione

Uno dei principali strumenti a supporto della realizzazione della policy sanitaria regionale è rappresentato dalla Fondazione Regionale per la Ricerca Biomedica (FRRB) che costituisce la principale piattaforma per dare impulso alla ricerca e all'innovazione e consentire un'azione di coordinamento, implementazione e divulgazione dei risultati ottenuti.

Sono stanziati, per l'anno 2015, risorse fino a 25 milioni di euro, destinate alla Fondazione Regionale per la Ricerca Biomedica per promuovere, coordinare e sostenere progetti di studio, ricerca, conoscenza e innovazione 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 è ricompresa la copertura destinata a cofinanziare progetti di ricerca finalizzata ministeriale e progetti per l'acquisizione di tecnologie da parte degli IRCCS e delle AO pubbliche in attuazione del Piano Nazionale di Ricerca Sanitaria.

Si conferma il ruolo in capo alla Commissione Tecnico Scientifica della FRRB dell'intero percorso di valutazione dei risultati ottenuti dalle ricerche nonché la responsabilità in capo a FRRB in merito al controllo della congruenza anche economica tra i programmi di ricerca approvati e i costi sostenuti sulla base dei criteri che verranno definiti con l'approvazione del piano attività 2015.

Ricerca sanitaria a supporto dell'evoluzione del SSR

Per dare supporto al processo di cambiamento, sono stanziati per l'anno 2015 risorse fino a 3 milioni di euro, da destinare a progetti volti ad analizzare nuovi modelli organizzativi finalizzati all'efficientamento del sistema e alla razionalizzazione delle risorse.

Viene dato mandato alla Direzione Generale Salute di predisporre una delibera-quadro per definire uno schema di bando standard destinato alle Aziende Sanitarie per il finanziamento di progetti di ricerca per la sperimentazione di modelli organizzativi finalizzati all'efficientamento del Sistema Sanitario Regionale.

Attività di ricerca a supporto della riorganizzazione della rete di offerta sanitaria

A sostegno del governo del sistema sanitario, si conferma il ruolo di Éupolis quale supporto tecnico-scientifico al percorso di riforme del sistema sanitario regionale. Prosegue il progetto *“Supporto tecnico scientifico al percorso di riforma in materia di sanità”* in tutte le sue articolazioni.

Fibrosi Cistica risorse previste dalla Legge 548/93

L'onere derivante è quantificato per l'anno 2015 per un importo fino a 250.000 euro per il Centro per la Fibrosi Cistica che afferisce alla Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico. Tali risorse sono assegnate a fronte della presentazione di specifica progettualità.

2.7.3. SPERIMENTAZIONI GESTIONALI PUBBLICO-PRIVATO

Negli ultimi anni, Regione Lombardia ha realizzato una vasta esperienza in campo di sperimentazioni gestionali sanitarie, attivate ai sensi dell'art. 9-bis del D. Lgs. n. 502/92, quale strumento innovativo per raggiungere finalità proprie del Servizio Sanitario Regionale, a garanzia del perseguimento degli interessi pubblici e della tutela dei portatori di interesse.

Nel corso del 2015 saranno privilegiate le seguenti aree di intervento:

- prosecuzione del monitoraggio delle Sperimentazioni gestionali pubblico privato attivate in Regione Lombardia anche attraverso il coinvolgimento del Comitato di indirizzo e coordinamento, istituito ai sensi della d.g.r. n. IX/4935/2013;
- implementazione di un modello di analisi e monitoraggio delle Sperimentazioni Gestionali, quale strumento integrativo per la valutazione ai livelli regionale e locali delle esperienze attivate;
- revisione della regolamentazione sulle Sperimentazioni gestionali pubblico privato mediante un intervento organico che disciplini i diversi aspetti fondamentali della materia.

2.7.4. COOPERAZIONE INTERNAZIONALE

BENI DISMESSI

Attuazione operativa dei criteri per la promozione e il coordinamento dell'utilizzo del patrimonio dei beni dismessi delle strutture sanitarie e sociosanitarie per fini umanitari in Italia e all'estero o per altri scopi comunque non lucrativi in attuazione della dgr (art.19 ter, lr 33/2009).

INTERVENTI SANITARI UMANITARI

Sulla base della DGR X/898/2013, e della nomina della Commissione di valutazione Clinica delle istanze di cui all' avviso di selezione emanato per la misura C, che autorizza il ricovero di cittadini extracomunitari indigenti, bambini e giovani fino a 21 anni, che non possono ricevere nei Paesi di provenienza le cure adeguate, si dispone di destinare risorse pari a 1 milione di euro anche per l'anno 2015, per implementare le risorse residue non ancora assegnate nell'anno 2014.

Il finanziamento destinato alla Misura D, per l'anno 2015 è pari a 400 mila euro.

PROGETTI DI COOPERAZIONE E COLLABORAZIONE SANITARIA INTERNAZIONALE

Sulla base della dgr IX/2061/2011 e dgr X/1243/2014 si intende avviare un processo di revisione complessivo sulle attività di collaborazione internazionale in ambito sanitario, per sostenere progetti integrati di intervento tra strutture sanitarie lombarde e analoghe strutture straniere quali i gemellaggi.

In particolare potranno essere sviluppate:

- attività formative realizzate attraverso stage e tirocini di personale sanitario estero presso strutture sanitarie lombarde per rendere operativamente autonomi, dal punto di vista sanitario, i paesi con evidente carenza di sistemi sanitari adeguati;
- attività di scambio di conoscenze tra sistemi sanitari avanzati di paesi esteri attraverso la realizzazione in strutture lombarde di eventi /meeting su particolari tematiche sanitarie.

In presenza di risorse aggiuntive, da rinvenire in corso d'anno, si provvederà all'emanazione di specifici provvedimenti relativi alla redazione e alla presentazione dei progetti ammissibili, con un finanziamento fino a un massimo di 200.000 Euro.

2.7.5. SPERIMENTAZIONE CLINICA

Si da mandato alla Direzione Generale Salute, d'intesa con un gruppo di operatori e di esperti di riferimento, di prevedere nel corso del 2015 iniziative al fine di:

- aggiornare il Modello di percorso regionale unificato per accesso all'uso Compassionevole di medicinali e l' utilizzo terapeutico di medicinali sottoposti a sperimentazione clinica (expanded-access);
- valutare la fattibilità di una piattaforma regionale per la raccolta delle informazioni relative alle sperimentazioni cliniche attivate in Regione Lombardi.

2.7.6. COMITATO CONSULTIVO PER I COMITATI ETICI

Con ODG 368 "Azioni conseguenti all'indagine conoscitiva sul "Metodo Stamina" del 30/9/2014 il Consiglio regionale ha impegnato la Giunta e in particolare l'Assessore alla Salute a valutare l'opportunità di formare un gruppo di esperti di alto livello in tema di ricerca scientifica e bioetica che possa essere consultato dalla Giunta e dai Comitati Etici lombardi per eventuali esigenze di confronto.

Si ritiene di affidare tale ruolo alla Commissione Sviluppo Sanità, al fine di garantire il supporto per tutte le questioni che interrogano in maniera crescente il sistema sanitario lombardo nell'introduzione di innovazioni terapeutiche, nel ricorso a cure compassionevoli e nelle metodologie diagnostiche che coinvolgono non solo aspetti di salute ma anche aspetti etici propri della persona.

3. EQUITÀ, TRASPARENZA E SEMPLIFICAZIONE

La trasparenza nell'azione amministrativa e nell'erogazione dei servizi sanitari rappresenta punto fondamentale dell'azione di Regione Lombardia. Nel corso del 2015, a tal fine, saranno ulteriormente implementati, perfezionati e affinati alcuni ambiti di intervento che permetteranno di irrobustire il sistema sanitario in particolare per alcune aree potenzialmente a più alto rischio.

A tale principio si affianca quello delle crescente responsabilizzazione degli organi di vertice delle aziende sanitarie rispetto al quale, già a partire dal 2015, sarà chiesto un ulteriore sforzo affinché possa progressivamente attuarsi il principio della trasparenza, anche attraverso la piena tracciabilità degli atti e possa migliorare l'equità di accesso sistema accompagnato.

3.1. POTENZIAMENTO DEI FLUSSI INFORMATIVI

MIGLIORAMENTO DI ALCUNI FLUSSI INFORMATIVI DI PRESTAZIONI EROGATE

Alcuni flussi informativi di prestazioni erogate necessitano di ulteriore attenzione o di interventi di modifica.

1. Ricoveri ospedalieri (SDO). E' in corso di approvazione (Ministero della Salute) una significativa modifica delle informazioni raccolte attraverso il flusso informativo delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO). Regione Lombardia intende anticipare le proposte di modifica in corso ed utilizzare l'anno 2015 come periodo di sperimentazione del nuovo tracciato record.
2. Prestazioni ambulatoriali. Seguendo le indicazioni della DGR n. X/1185 del 20/12/2013 (*"Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2014"*) sono terminate le valutazioni e verifiche tecniche necessarie per la unificazione degli attuali due flussi informativi (Circ. 28/SAN e smi; art. 50 del dl n. 269/2003 convertito con modificazioni dalla legge 24 novembre 2003 n. 326 e successive modificazioni). A partire dal 1.1.2015 il flusso informativo sarà unificato.
3. Attività svolte in hospice. L'attuale flusso informativo delle attività erogate negli hospice necessita di essere adeguato al flusso informativo vigente a livello nazionale.
4. Abortività. I flussi informativi ISTAT degli aborti spontanei (mod. D11) e delle interruzioni volontarie di gravidanza (mod. D12) presentano ancora importanti discrepanze rispetto alle analoghe attività rilevate attraverso il flusso informativo delle dimissioni ospedaliere (SDO). Nel 2015 occorrerà mettere in atto specifiche iniziative per ridurre in maniera significativa tali discrepanze.
5. Coerenza tra posti letto ed attività erogate. Il confronto tra i posti letto dichiarati nei cosiddetti "Flussi informativi ministeriali" (modelli HSP, STS, ...) e le attività di ricovero effettivamente erogate (SDO) evidenzia a volte la presenza di incoerenze e valori discordanti tra le due fonti informative. Nel 2015 dovranno essere effettuate specifiche iniziative per ridurre tali incoerenze e discrepanze ai valori minimi.
6. Corretta registrazione nei flussi informativi di attività dei dati di riconoscimento individuali. Alcuni flussi informativi di attività (SDO, prestazioni ambulatoriali, ...) contengono informazioni (codice fiscale, dati anagrafici) che identificano i singoli utenti del SSR. Il confronto tra tali dati e gli analoghi presenti nella Anagrafe degli Assistiti lombardi (NAR) segnala l'esistenza di significative differenze nelle informazioni registrate, con la conseguenza (tra altre) da una parte che emerge del contenzioso nella esposizione delle prestazioni erogate a cittadini supposti residenti in altre regioni e dall'altra che prestazioni erogate a cittadini erroneamente classificati come lombardi non

vengano esposte alle regioni di competenza. Nel 2015 dovranno essere attivate specifiche iniziative per eliminare tali differenze.

Ai fini del raggiungimento degli obiettivi di miglioramento, integrazione, o modifica indicati si dà mandato alla Direzione Generale Salute di predisporre (attraverso circolari di merito) opportune e specifiche indicazioni per ciascuno dei flussi informativi citati, anche attraverso la fissazione di obiettivi per i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie.

GESTIONE DEI CITTADINI STRANIERI E MOBILITA' INTERNAZIONALE

Proseguiranno, nel 2015, le attività connesse all'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". In proposito, si segnalano le seguenti:

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.

Proseguiranno la sperimentazione sulla iscrizione al SSR dei minori stranieri irregolarmente presenti sul territorio lombardo e sulle successive e conseguenti attività.

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

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 tali cittadini.

Le indicazioni ripetutamente fornite negli anni scorsi stanno modificando in maniera significativa le attività di rilevazione di dette prestazioni, ma la qualità e completezza della rendicontazione devono essere ulteriormente migliorate.

In particolare, le ASL si trovano a volte in difficoltà a rendicontare correttamente (attraverso i canali informativi richiesti dalla normativa) le prestazioni erogate in quanto gli erogatori di prestazioni non mettono loro a disposizione tutte le informazioni necessarie alla compilazione della modulistica. Per superare tale difficoltà si precisa che gli importi economici riferiti alle prestazioni sanitarie erogate a cittadini europei (onere 7) che per difetto di informazione 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.

3. Rendicontazione delle prestazioni erogate da MMG/PLS in Lombardia ad iscritti al SSR con attestati rilasciati da e oneri a carico di paesi UE/SEE/Svizzera e di paesi con cui vigono accordi bilaterali.

Ai fini della compensazione della mobilità sanitaria internazionale delle prestazioni erogate da MMG/PLS in Lombardia ad iscritti al SSR con attestati rilasciati da e oneri a carico di paesi UE/SEE/Svizzera e di paesi con cui vigono accordi bilaterali, dovrà essere esposto un importo annuo di € 102,00 per il medico di medicina generale e di € 157,00 per il pediatra di libera scelta, da addebitare alle Casse mutue straniere che hanno rilasciato l'attestato di diritto che ha consentito l'iscrizione al Servizio Sanitario Regionale.

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

Particolare attenzione dovrà essere dedicata dalle ASL al monitoraggio della mobilità internazionale passiva, sia quella riferita alle prestazioni usufruite (nell'Unione Europea e nelle nazioni extraeuropee per le quali esistono accordi di collaborazione sanitaria) nel contesto dei cosiddetti "Regolamenti di sicurezza sociale", sia per quella soggetta ad autorizzazione preventiva, sia per le prestazioni erogate a seguito della Direttiva Europea 24/2011 recepita dal DL 4 marzo 2014, n. 38 (*"Attuazione della direttiva 2011/24/UE concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera, nonché della direttiva 2012/52/UE, comportante misure destinate ad agevolare il riconoscimento delle ricette mediche emesse in un altro stato membro"*).

3.2. SISTEMA DEI CONTROLLI

3.2.1. AREA AMMINISTRATIVA

3.2.1.1. RIDUZIONE DELLE PROROGHE DEI CONTRATTI DI APPALTO / RINNOVO

In merito alla corretta programmazione ed impostazione delle attività relative agli appalti ed in particolare per ciò che concerne gli aspetti: 1) delle proroghe dei contratti di appalto; 2) rinnovo; 3) c.d. clausola di adesione, si rimanda ai suggerimenti presenti nelle "Linee guida per prevenire il contenzioso" predisposte dal Comitato Regionale per la trasparenza degli appalti e sulla sicurezza dei cantieri.

La Direzione Generale Salute richiederà alle aziende per l'anno 2015 una verifica semestrale delle procedure d'acquisto effettuate con proroghe a contratti esistenti. La stessa dovrà essere inviata con la relazione trimestrale sugli acquisti alla fine del primo semestre e a fine anno il giorno 15 del mese successivo alla chiusura del trimestre.

Sarà valutata positivamente nell'ambito degli obiettivi dei Direttori Generali la riduzione all'utilizzo delle proroghe rispetto al 2014 e in particolare per quanto riguarda le proroghe reiterate relative a contratti scaduti da più tempo.

3.2.1.2. VINCOLI RELATIVI ALLE 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) D.lgs. n. 163/2006 e s.m.i. 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).

3.2.1.3. DISPOSIZIONI IN MERITO ALLA CONFERMABILITÀ DEI DIRETTORI GENERALI

Si richiama il contenuto dell'art. 10, comma 6, del Patto della Salute e si ribadisce che, ai fini della confermabilità dell'incarico del Direttore Generale di ASL, Aziende Ospedaliere e Fondazioni IRCCS, verrà valutato il rispetto dell'equilibrio economico, della tempistica e della qualità dei flussi informativi ricompresi nell'NSIS nonché il conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali previsti dai LEA.

Con le deliberazioni che istituiscono e aggiornano gli elenchi degli idonei alla nomina di Direttore Generale di ASL, Aziende Ospedaliere e Fondazioni IRCCS di diritto pubblico viene approvato anche lo schema di contratto dei Direttori.

Sia il provvedimento di Giunta che lo schema di contratto individuano in modo preciso e puntuale quali siano le fattispecie che determinano il venir meno del vincolo fiduciario tra la Giunta Regionale e il Direttore Generale.

Tali previsioni se da un lato determinano – esclusivamente in quei casi specifici – in modo puntuale quali siano le conseguenze sul rilevante aspetto di fiducia che intercorre nel rapporto tra Giunta Regionale e Direttori Generali, dall'altro lascia un vuoto, soprattutto di natura procedurale, in tutte le fattispecie che non ricadono in quelle previsioni, ivi inclusi i gravi motivi connessi con la decadenza del Direttore Generale ai sensi dell'articolo 8 del contratto vigente.

Al fine di rendere maggiormente trasparenti e codificate sia le procedure da attivare che le relative conseguenze, nel corso del 2015 la Giunta Regionale individuerà con specifico provvedimento:

- un insieme di casistica che integri le previsioni contrattuali pur senza determinare necessariamente e automaticamente le medesime conseguenze;
- l'individuazione di specifici percorsi tecnici di verifica attivabili d'ufficio in relazione alle singole fattispecie e con riguardo anche alle previsioni contenute nella legge regionali sui controlli;
- regole di intervento precise, codificate e ripetibili per casi analoghi;
- i doverosi percorsi che le strutture tecniche regionali dovranno attivare riservando alla Giunta Regionale le decisioni sul permanere del vincolo fiduciario che attiene al rapporto di prestazione d'opera stipulato tra Giunta Regionale e Direttore Generale.

Il provvedimento sarà presentato alla Giunta regionale entro il primo semestre 2015 e conterrà:

- a) l'individuazione delle differenti fattispecie;
- b) l'iter procedurale per ciascuna fattispecie (modalità e tempi);

- c) gli attori coinvolti nel procedimento (sia regionali che esterni);
- d) il percorso in relazione agli esiti delle verifiche, ivi incluse le eventuali determinazioni della Giunta Regionale.

Tale percorso non sarà limitato alla figura del solo Direttore Generale ma avrà come ambito di applicazione l'intera Direzione Strategica Aziendale.

Al fine di rendere coerenti le previsioni di cui sopra con i contenuti negoziali dei contratti stipulati, nel corso del 2015 saranno approvati i nuovi schemi di contratto dei Direttori Generali, Amministrativi e Sanitari che conterranno necessariamente specifici richiami a quanto sopra citato.

I nuovi schemi di contratto avranno validità a decorrere dal conferimento di nuovi incarichi successivi alla deliberazione di approvazione da parte della Giunta regionale.

3.2.2. AREA DEL GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA

AZIONI DI GOVERNO E PROGRAMMAZIONE

Entro il 31 gennaio 2015 le ASL predispongono e formalizzano gli aggiornamenti dei Piani attuativi oggi vigenti con l'obiettivo di attualizzarli rispetto ad eventuali nuove priorità e necessità. Le Aziende Ospedaliere e le Fondazioni IRCCS di diritto pubblico dovranno, congruentemente con i Piani Attuativi delle ASL, presentare i Piani semestrali Aziendali di Governo dei Tempi di Attesa (PGTAz) entro il 28 febbraio del 2015 ed entro il 31 luglio del 2015 dovranno presentare i PGTAz relativi al secondo semestre del 2015.

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.

IL MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA

Nel corso del 2015 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.

In materia di prescrizione, con particolare riguardo all'ambito dei tempi di attesa, si richiama la necessità di indicare sulla prescrizione la classe di priorità sulla base dell'esigenza clinica riscontrata nel momento dell'anamnesi, così come obbligatoriamente previsto dalla DGR n. IX/1775 del 24 maggio 2011.

Si richiamo infine le ASL a provvedere alla realizzazione di strumenti volti al controllo e all'inibizione di comportamenti prescrittivi inappropriati, alla valutazione dell'entità del fenomeno e alla messa in atto di idonee misure di contenimento. In particolare, considerato il notevole impatto organizzativo legato all'uso dell'urgenza differita (Bollino Verde), si da mandato alle ASL di porre particolare attenzione alle prestazioni richieste in urgenza differita, anche mediante l'istituzione di gruppi di esperti per la verifica del corretto utilizzo di tale strumento, della sua efficacia e delle ricadute sia da un punto di vista organizzativo che dal punto di vista della risposta al bisogno di salute del cittadino utente del servizio sanitario.

Con l'obiettivo di perseguire la massima trasparenza relativamente alla accessibilità dei servizi ambulatoriali e di ricovero e cura in termini di tempi di attesa, di criteri di priorità di accesso e di diversa composizione

dell'offerta tra prestazioni erogate in regime istituzionale ed in regime di solvenza si stabilisce di istituire/valorizzare i seguenti flussi informativi e di definire una nuova regola relativa all'erogazione delle prestazioni in solvenza nei termini seguenti:

1. con finalità di corretta e di trasparente informazione verso i cittadini tutte le strutture accreditate ed a contratto per le attività di specialistica ambulatoriale SSN e solvenza / libera professione dovranno fornire al call center regionale tutte le loro agende, anche quelle le cui prestazioni non sono prenotabili dal call center stesso;
2. tutte le strutture pubbliche e private accreditate ed a contratto per le attività di specialistica ambulatoriale dovranno, come già previsto, compilare e trasmettere il debito informativo di cui alla circolare 28/san/97 anche per tutte le attività erogate in regime di libera professione intramuraria e di solvenza;
3. in caso di non raggiungimento, su base territoriale delle ASL, dei tempi obiettivo di attesa le attività erogate in regime di libera professione e/o di solvenza dovranno ridursi/interrompersi a favore di incrementi di attività rese in regime istituzionale fino al raggiungimento della soglia obiettivo di tempo di attesa. Le ASL dovranno in tal senso assumere le iniziative volte a dare specifiche indicazioni volte ai componenti della rete di offerta per poter garantire il rientro dei tempi di attesa entro i limiti previsti;
4. entro il mese di marzo del 2015 la DG Salute dovrà istituire un flusso informativo ad hoc relativo alle liste di attesa in regime di ricovero elettivo e alle agende di prenotazione per le attività chirurgiche rese in regime di ricovero ordinario.

3.2.3. CONTROLLI, APPROPRIATEZZA E MONITORAGGIO

Viene confermata la necessità che per l'anno 2015 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, 2013 e 2014: 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, n. X/301 del 19.06.2013, n. X/1185 del 20.12.2013 e n. X/2633 del 01.08.2014.

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 2015 predisporranno ed invieranno alla DG Salute, esclusivamente in formato elettronico, il Piano dei Controlli relativo all'Esercizio 2015.

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 2015 (entro il 31 marzo 2015) 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 sovra-territorialità 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 qui 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 riferimenti 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.

Di seguono si dettagliano i contenuti in tema di "Controlli e appropriatezza".

INDICAZIONI OPERATIVE

Controlli prestazioni di ricovero

Si conferma la necessità, per l'anno 2015, che almeno il 14% delle attività di ricovero siano soggette a controlli. Una quota fino a 7 punti percentuali (fino al 3% di qualità documentale e fino al 4% di congruenza ed appropriatezza generica) 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. X/1185/2013.

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.

Nel merito delle modalità di effettuazione e di trasmissione delle citate tipologie di controllo e delle relative tempistiche, sono integralmente riconfermate, anche per quest'Esercizio, le disposizioni vigenti per le verifiche di esclusiva pertinenza delle Asl nonché i contenuti di cui alle Regole 2014 (DGR n. X/1185/2013 - Allegato 3, Sub-Allegato B "Controlli" - e DGR n. X/2313/2014 - Allegato A, Cap. 2 "Attività di controllo: precisazioni in merito alla DGR n. IX/4334 del 26.10.2012") per le attività di autocontrollo da parte degli Erogatori, come da sintesi riportata di seguito:

1. **Autocontrollo qualità documentale (3%)**

dai dimessi dal 1° gennaio 2015

Asl:

- campionamento casuale (numerosità = 3% produzione 2014) su gennaio-marzo 2015;
- invio ad Erogatori elenchi cartelle cliniche campionate.

Erogatore:

- invio esiti autocontrollo solo in Asl (no correzioni in Regione su campione) entro il 30 settembre 2015.

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 10.03.16.

2. **Autocontrollo congruenza (4%)**

dai dimessi dal 1° gennaio 2015

Erogatore:

- Piano di Controllo aziendale (invio in Asl entro 31 gennaio 2015);
- campionamento mirato o casuale o misto (numerosità = 4% produzione 2014) su gennaio-giugno 2015;
- invio mensile in Asl elenchi cartelle cliniche campionate;
- invio esiti autocontrollo solo in Asl (no correzioni in Regione su campione) entro il 30 settembre 2015.

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;
- indiscordanza, 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 10.03.16.

Per quanto riguarda l'autocontrollo di congruenza, si ricorda che le strutture di ricovero provvederanno, entro il 31 gennaio dell'anno di Esercizio, 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.

Si chiarisce infine che, stante la natura dei controlli sulle prestazioni di ricovero, tesi a garantire la corretta allocazione delle risorse economiche per i singoli episodi di assistenza esaminati, i campioni di autocontrollo non devono contenere pratiche non finanziate, le quali non possono quindi entrare nel computo delle quote percentuali attese.

Controlli prestazioni di specialistica ambulatoriale

Per le attività di specialistica ambulatoriale si ribadisce, per il 2015, una percentuale di controllo pari ad almeno il 3,5% delle pratiche, da effettuarsi, come di consueto, nei tempi e con le modalità previste dalle Regole di sistema, integralmente riconfermate con il presente atto.

Gruppo di Lavoro Accreditamento, Appropriatelyzza e Controllo

Con il DDG n. 4304 del 13.05.2011 è stato ridefinito il metodo di gestione e di riscontro dei quesiti che erano posti tramite lo strumento Interpello, inizialmente 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, fino allo scorso anno pubblicati nella sezione Biblioteca dello strumento Interpello (non più disponibile) saranno oggetto di uno specifico atto regionale di prossima emanazione. Lo stesso atto raccoglierà tutta la documentazione inerente l'attività dello strumento Interpello come anche quella del citato Gruppo di Lavoro Accreditamento, Appropriatelyzza e Controllo.

Con le stesse modalità, si procederà quindi a pubblicare con cadenza annuale gli aggiornamenti della citata attività.

Si ricorda altresì che le risposte ed i chiarimenti forniti nell'ambito del Gruppo di Lavoro e condivisi con il territorio nel corso dell'anno per tramite dei referenti incaricati, 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 2015 con le consuete modalità impiegate sin dalla sua istituzione (cfr. citato DDG n. 4304/2011, come rinnovato da DDG n. 491/13, DDG n. 7540/13 e DDG n. 10953/13), così come richiamato dalla DGR n. 1185/13 (Sub-Allegato B) e di seguito riportato.

In particolare, come detto sopra, 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 ampliamento dei LEA o di introduzione di nuove tecnologie sanitarie, mettendo a carico del SSR nuove procedure e/o nuovi presidi: quest'ultime tipologie di 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.

Procedure riconducibili ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza

Coerentemente con quanto già disposto dalla DGR n. X/2313/2014 (Allegato A), si procede alla revisione parziale delle procedure chirurgiche (MPR) di cui al Sub Allegato A "Tariffe 108 DRG a rischio di inappropriatezza" della DGR n. X/1185/2013, influenzanti l'attribuzione di alcuni dei 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza, a partire dalle prestazioni erogate dal 1° gennaio 2014.

In particolare si procede alla riformulazione delle descrizioni delle procedure interessate congruentemente con il setting assistenziale di riferimento, eliminando al contempo il codice di prestazione 77.51 "*asportazione di borsite con correzione dei tessuti molli ed osteotomia del primo metatarso*" in riferimento al DRG 225 "*Interventi sul piede*". Ciò, come già detto con la DGR n. X/2313/2014, avendo verificato che né il cod. 77.51 né il DRG 225 sono riportati, rispettivamente, negli allegati A e B del Patto per la Salute 2010-2012.

La citata revisione è oggetto dell'Allegato - Revisione Sub Allegato A "Tariffe 108 DRG a rischio di inappropriatezza" di cui alla DGR n. X/1185/2013, parte sostanziale ed integrante del presente provvedimento (Sub Allegato 8).

Si evidenzia altresì l'eliminazione dei codici di procedura riferiti alle prestazioni odontoiatriche (23.11 "*estrazione di radice residua*" e 23.19 "*altra estrazione chirurgica di dente*") per le quali si dispone l'affermamento in BIC (Macroattività chirurgica a bassa intensità operativa ed assistenziale), a decorrere dal 1° gennaio 2015, come di seguito esemplificato:

Branca	Nota	Codice	Descrizione	Tariffa in euro	DRG di provenienza	DRG a rischio inappropriatelyzza (Patto per la Salute 2010-2012)
ODONTOSTOMATOLOGIA- CHIRURGIA MAXILLOFACCIALE/OTORI NOLARINGOIATRIA	IHca	23.11	ESTRAZIONE DI RADICE RESIDUA - Incluso: visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, eventuale alveoloplastica (cod. 24.5), medicazioni, rimozioni punti, visita di controllo	500	187, 168, 169	Allegato B
ODONTOSTOMATOLOGIA- CHIRURGIA MAXILLOFACCIALE/OTORI NOLARINGOIATRIA	IHca	23.19	ALTRA ESTRAZIONE CHIRURGICA DI DENTE - Odontectomia NAS, rimozione di dente incluso, allacciamento di dente incluso, germectomia, estrazione dentale con elevazione di lembo mucoperiostale; Incluso: visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, eventuale alveoloplastica (cod. 24.5), medicazioni, rimozioni punti, visita di controllo; (Per settore)	500	187, 168, 169	Allegato B

A questo proposito si chiarisce che l'attribuzione delle suddette prestazioni al regime di BIC, si riferisce alla tipologia di prestazioni finora erogate in DH, ovvero alle condizioni in cui, oltre che i criteri di inclusione nei LEA odontoiatrici (di cui alla DGR n. VIII/3111/2006), erano soddisfatti anche i requisiti di appropriatezza propri del regime di ricovero per le prestazioni odontoiatriche, con riferimento alle co-patologie eventualmente presenti (es. disabili gravi, pazienti in TAO), alla minore età, a peculiari necessità anestesiologicalhe, alla particolare indagineosità o complessità operativa di talune tipologie di interventi per i quali si richiede talvolta anche una competenza riferita alla chirurgia maxillo-facciale (es. ottavi inclusi o semi-inclusi) ecc.

Nei restanti casi dovrà essere valutata l'appropriatezza della BIC versus il regime ambulatoriale semplice.

Infine, a seguito delle richieste di chiarimenti pervenute da parte dei chirurghi pediatrici e delle associazioni di day surgery, si precisa che, così come già chiarito per la MAC, si ritiene possibile, per tutte le tipologie di procedure da afferire in Macroattività chirurgica, erogare la BIC anche a pazienti pediatrici (0-14 anni), fatta salva, in questo caso, l'opzione di scelta da parte del professionista medico curante per il regime di ricovero protetto a tutela del paziente.

4. MIGLIORAMENTO DEI SERVIZI PER CITTADINI E PAZIENTI

4.1. ATTIVITA' VOLTE ALLA SEMPLIFICAZIONE

4.1.1. ATTIVAZIONE RICETTA ELETTRONICA

In riferimento al D.L. 179/2012 in cui si definiscono gli obblighi ed i livelli di diffusione della ricetta dematerializzata, in sostituzione della ricetta cartacea, Regione Lombardia ha formalizzato al Ministero dell'Economia e delle Finanze il proprio Piano di diffusione della Ricetta Dematerializzata su tutto il territorio regionale, sia in ambito farmaceutico sia in ambito ospedaliero.

Da inizio 2014 è quindi attiva in Lombardia la fase sperimentale che vede il coinvolgimento progressivo di medici, farmacie e un primo gruppo di Aziende ospedaliere pubbliche. In particolare la nota H1.2014.0034619 del 22 ottobre scorso ha disposto l'avvio immediato della prescrizione dematerializzata farmaceutica sull'intero territorio regionale.

Nel 2015 quindi si passerà alla fase di consolidamento della sperimentazione, in ottemperanza a quanto dichiarato nel Piano di diffusione formalizzato, secondo le modalità tecniche definite e con target quantitativi fissati, con il coinvolgimento progressivo anche delle aziende ospedaliere.

Progressivamente infatti si estenderà la modalità dematerializzata di prescrizione ed erogazione anche all'intero ambito della specialistica ambulatoriale, così come in fase di avvio in altre regioni italiane.

Diventa quindi fondamentale per tutti gli attori coinvolti nel processo di prescrizione/erogazione/controllo adeguarsi alle modalità che man mano verranno implementate in raccordo con i sistemi nazionali.

Considerata l'importanza del processo e la necessità di garantire la graduale sostituzione delle prescrizioni in formato cartaceo con le equivalenti in formato elettronico, secondo i livelli definiti dal D.L. 179/2012 sopra citato, la diffusione della ricetta dematerializzata è da qualificarsi come obiettivo strategico 2015 per tutte le Aziende.

4.1.2. PRENOTAZIONI E PAGAMENTI

In continuità con quanto indicato nella precedente d.g.r. n.X/1185/2013 e coerentemente alle indicazioni contenute nella d.g.r. n.X/2105/2014 le aziende dovranno proseguire con le attività di semplificazione e standardizzazione delle agende, lavorando sia sulla organizzazione delle stesse (in particolare evitando eccessive parcellizzazioni delle stesse) che sulle note (che dovrebbero guidare nella corretta selezione delle agende sia l'operatore del CCR ma anche, e sempre più, altri soggetti – es. cittadino, farmacista ecc....)

Dovrà inoltre proseguire l'attività di progressivo e quanto più possibile allineamento della prenotabilità dei vari canali esterni al CUP, in seguito alle attività di analisi ed approfondimenti effettuate dalle aziende durante l'anno in corso.

Le aziende dovranno, in particolare, diversificare la proposta al cittadino, potenziando al massimo la fruibilità dei canali self-care (Internet, Mobile, canale telefonico automatizzato), delle prestazioni sanitarie che possono raggiungere un elevato utilizzo diretto da parte dell'utente (es: prime visite/primi accessi di prestazioni semplici, visite di controllo semplici che non necessitano di particolari ulteriori informazioni). Le aziende dovranno inoltre prestare particolare attenzione all'analisi del cosiddetto NO-SHOW ed al relativo

monitoraggio di tale fenomeno oltre che per adempiere ai nuovi standard nazionali anche per utilizzare in modo sempre più oculato il servizio di outbound.

Le aziende dovranno inoltre progressivamente organizzare le agende per la prenotazione di prestazioni con bollino verde, anche da Contact Center Regionale.

Servizi automatizzati

Visti gli esiti delle sperimentazioni attivate dei servizi automatizzati (Cancellazione automatizzata (inbound), Conferma automatizzata (outbound), Call Me Back), saranno messi a regime nell'ambito del servizio reso dall' 800.638.638, il servizio di Cancellazione automatizzata (inbound) ed il servizio di Conferma automatizzata (outbound), processi che possono essere differiti ad attività off line per gli operatori, ottimizzando quindi le code telefoniche, ovvero automatizzate completamente e non essere assistiti da operatore.

Visibilità dell'offerta disponibile

- Si rileva la necessità di disporre sul sistema di Prenotazione regionale delle agende di tutti gli enti erogatori accreditati al fine di garantire, in questo momento, la visibilità agli operatori ed agli utenti dell'intera offerta disponibile. A questo fine verrà creato un **nuovo flusso informativo per avviare un'attività di controllo sistematica sulla disponibilità delle agende ambulatoriali e sul flusso di prenotazione per tutti gli erogatori accreditati**

Sarà valutata congiuntamente a Lipisa la modalità operativa per la realizzazione di questo obiettivo in stretta correlazione al grado di integrazione al SISS dei singoli enti ed agli oneri all'uopo necessari.

Pagamenti

In raccordo con le iniziative di AGID relative al nodo dei pagamenti e del Bilancio della regione, sarà inoltre attivato il servizio di pagamento dei ticket sanitari attraverso tutti i canali possibili (Uffici postali, ATM, home banking, POS virtuale, ecc.) in modo da rendere sempre più agevole ed integrato il processo di prenotazione e pagamento delle prestazioni prima dell'accesso alle strutture erogatrici.

PIANO ANNUALE SISS

Al fine di coordinare al meglio i diversi interventi si ricorda infine l'obbligo, come negli anni precedenti, di predisposizione del 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.

RIMBORSI ANNUALI PER I DISPENSARI FARMACEUTICI ATTIVATI NEL SISS

Si richiama la delibera n. X/ 1427 seduta del 28/02/2014, avente per oggetto *“Determinazioni in merito al SISS: approvazione dello schema di accordo regionale con le farmacie, avente ad oggetto “rinnovo convenzione per l'utilizzo della piattaforma tecnologica SISS da parte delle farmacie lombarde e per la loro partecipazione ai servizi messi a disposizione dal sistema SISS per la comunicazione ed elaborazione dei dati sanitari e il miglioramento dei servizi all'utenza”, in cui è stato anche disposto nel sottoallegato 2, relativamente al “rimborso delle fatture emesse dai provider”, che:*

“Il primo tipo di rimborso copre l'intero costo dei servizi di base fatturati dai Service Provider qualificati da Lombardia Informatica e viene erogato secondo le seguenti modalità:

- Sarà riconosciuto alla farmacia il rimborso dell'intera quota annua relativa al SISS, fatturata dai Provider qualificati da Regione Lombardia tramite Lombardia Informatica.
- La farmacia esporrà in DCR l'importo delle fatture periodicamente ricevute dal provider con un massimale corrispondente al massimale previsto per tali servizi forniti alle farmacie nella procedura di qualificazione, al netto dell'IVA, a partire dallo stesso mese di competenza della fattura. Per l'anno 2014, tale ammontare massimo, corrisponde a € 295,00 al netto di IVA. Tale importo sarà soggetto a revisione negli anni successivi”.

Al fine di un'uniforme diffusione della ricetta dematerializzata, si dispone che tale rimborso sia riconosciuto per l'attivazione dei dispensari farmaceutici, in quanto sedi farmaceutiche.

4.1.3. LIBRETTO SANITARIO ELETTRONICO DELLO SPORTIVO

Nel 2015 la Regione intende introdurre il “Libretto Sanitario Elettronico dello Sportivo”, strumento che permetterà di monitorare su tutto il territorio regionale l'andamento della Certificazione per l'idoneità alla pratica sportiva agonistica.

Il libretto deve contenere sia i dati delle visite periodiche effettuate dall'atleta con relativo giudizio di “idoneità”, “sospensione”, “non idoneità”, sia i dati relativi all'attività agonistica praticata (quali: tipo di sport agonistico, società sportiva di appartenenza etc.)

L'implementazione del libretto permetterà di riunire in una unica banca dati tutte le informazioni che attualmente sono reperibili in modo disomogeneo nelle varie ASL della regione.

Il libretto, oltre a essere uno strumento che accompagna la vita agonistica dell'atleta e che in prospettiva potrà sostituire la certificazione cartacea (certificato elettronico), consentirà anche di effettuare controlli riguardo eventuali comportamenti opportunistici sia da parte di atleti che dei Centri abilitati alla certificazione dell'idoneità sportiva.

Infine l'esistenza di una banca dati unificata permetterà anche di introdurre indicatori di qualità dell'attività certificatoria.

4.1.4. CUSTOMER SATISFACTION

Si confermano le previsioni della DGR n. X/1185/2013

4.1.5. PREVENZIONE E VETERINARIA

Nell'ambito della Prevenzione si rinvia ai servizi orientati a cittadini e imprese per sicurezza e tutela lavoratore/cittadino:

- infortuni sul lavoro: certificato telematico d'infortunio sul lavoro nel Sistema Informativo della Prevenzione Person@/Ma.P.I.: integrazione SISS o web application per copertura 100% delle AAOO pubbliche, AAOO private, MMG;
- flussi telematici amianto (Ge.M.A.): prosecuzione degli interventi di semplificazione con la trasmissione telematica di notifiche e piani lavoro da imprese esercenti attività di bonifica (artt. 250 e 256/81); acquisizione telematica relazione annuale art. 9/257 con evidenza storia lavorativa degli addetti
- tumori professionali: emersione del fenomeno attraverso la ricerca attiva dei casi: evidenza raccordo UOOML/DPM nel Sistema Informativo della Prevenzione Person@/Ma.P.I.
- sviluppo del modulo "registri tumori professionali, mesoteliomi, naso-sinusalì"

Nell'ambito della sanità pubblica veterinaria sono previste le seguenti azioni:

- a) Standardizzazione e omogeneizzazione delle attività di controllo nell'ambito della prevenzione veterinaria secondo quanto previsto dalle linee guida regionali, garantendo nel contempo la trasparenza delle attività mediante la pubblicazione dei criteri applicati e dei risultati ottenuti. Fondamentale sarà il coinvolgimento di tutti i soggetti interessati (operatori economici del settore alimentare, consumatori, associazioni di categoria) nel raggiungimento degli obiettivi di sicurezza alimentare favorendo l'accesso alle informazioni in materia di requisiti normativi e relativi adempimenti. Pertanto si dovrà:
 - Uniformare le modalità di controllo ufficiale nell'ambito della Prevenzione Veterinaria, conformandole al principio di trasparenza dell'azione e dei risultati dei controlli;
 - Comunicare le attività di controllo condotte e i pertinenti risultati;
 - Migliorare l'efficacia dell'attività di controllo mediante il pieno coinvolgimento di tutti gli attori del sistema anche ricorrendo a modalità operative che prevedano un maggior ruolo dei soggetti controllati.
- b) Applicazione in fase di controllo ufficiale dei margini di flessibilità previsti dalle direttive regionali in modo da non gravare di oneri superflui le attività sottoposte a controllo e non compromettere il raggiungimento degli obiettivi stabiliti dalla Legge. Attuazione degli obiettivi di semplificazione codificati dalla U.O. Veterinaria al fine della diminuzione dei costi, anche indiretti, a carico delle imprese del settore agro- alimentare senza impattare sulla sicurezza e qualità delle produzioni garantendo:
 - l'attuazione degli obiettivi regionali di semplificazione;

- la semplificazione o l'eliminazione degli adempimenti superflui a carico degli operatori del settore agroalimentare in modo da ridurre i costi diretti e indiretti delle aziende aumentandone la competitività.

4.2. MISURE PER IL MIGLIORAMENTO DELL'EQUITA' E DELLE PRESTAZIONI A FAVORE DEI CITTADINI

L'incertezza delle risorse assegnabili al FSR, che allo stato prevedono una riduzione del Fondo di circa 500 milioni rispetto a quanto previsto per il 2015 dal Patto per la Salute, non consentono l'immediata attuazione di tutte le iniziative volte al miglioramento della possibilità di accesso alle cure per alcune categorie di pazienti che erano state programmate nel corso del 2014 a valere nel 2015. In questo paragrafo vengono quindi riportati una serie di interventi che già trovano copertura con le risorse oggi disponibili a bilancio (assistenza diabetica, farmaci per malattie rare, mantenimento delle esenzioni per ticket su base regionale) e altri (odontoiatria sociale, azioni di miglioramento della qualità assistenziale delle persone sottoposte a terapia oncologica, esenzione dalla compartecipazione per determinate categorie di pazienti) per le quali la possibilità di attuazione potrà essere autorizzata con specifici provvedimenti solo in sede di riparto definitivo del FSN che permetta di rendere disponibili le risorse necessarie.

4.2.1. FORNITURA DISPOSITIVI MEDICI PER ALCUNE PATOLOGIE

ASSISTENZA DIABETICA

Considerata l'evoluzione della terapia farmacologica per la cura del diabete non insulino-trattato, si dispone l'erogabilità a carico del SSR di aghi per iniettori a penna per somministrazione di incretine e simili (analoghi del GLP-1).

Nelle more dell'aggiornamento complessivo del provvedimento regionale sulle modalità di erogazione dei dispositivi e degli ausili per l'autocontrollo e l'autogestione di soggetti affetti da diabete mellito, al fine di dare equità d'accesso al paziente diabetico in modo omogeneo sul territorio regionale, si dispone che :

- gli aghi siano dispensabili nella quantità prescritta dallo specialista in base al tipo di medicinale indicato nel Programma di cura (PT delle incretine);
- debba essere redatto il PT per la fornitura degli aghi in conformità con il periodo di validità del PT delle incretine (durata 6 mesi, rinnovabile).

Le nuove disposizioni si applicano ai nuovi pazienti e al rinnovo del Piano terapeutico per i pazienti già in carico.

In merito alla nota regionale H1.2014.0009626 del 5 marzo si precisa inoltre che:

- anche per gli assistiti diabetici in trattamento con gli analoghi GLP-1 (iniettivi), che come la metformina, acarbosio, pioglitazone, incretine e simili non inducono generalmente ipoglicemia, sono dispensabili fino ad un massimo di 100 strisce/anno (25 strisce/trimestre);
- le indicazioni in merito erogabilità delle strisce per il controllo della glicemia per le "incretine e simili" si applicano ai nuovi pazienti e al rinnovo del Piano terapeutico per i pazienti già in carico;
- è confermata anche per quanto indicato nella succitata nota la previsione di cui alla DGR n. VII/8678 del 9 aprile 2002 che ha definito la possibilità di fornire quantitativi superiori in base al Piano terapeutico che deve essere supportato da relazione clinica e che ha la durata massima trimestrale comunque rinnovabile sempre a seguito di relazione clinica.

Microinfusori e innovazione tecnologica in ambito diabetologico

Si dà mandato alla Direzione Generale Salute, d'intesa con gli operatori di settore e gli esperti, di aggiornare gli indirizzi regionali sulla prescrizione ed erogazione dei microinfusori, alla luce delle novellate esigenze cliniche e disponibilità di nuove tecnologie.

Al fine di garantire l'equità di accesso alle terapie ai cittadini lombardi in modo omogeneo in tutte le ASL, la DG Salute dovrà licenziare il documento di indirizzo succitato entro marzo 2015.

4.2.2. FARMACI PER MALATTIE RARE

La Delibera della Giunta Regionale Lombarda n. 1185 del 2014 ha voluto evidenziare la necessità di 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, ha infatti elaborato un documento di partenza, di cui alla nota regionale 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.

Nel corso del 2014 tutte le 15 ASL, con le strutture sanitarie e i Presidi di Rete Malattie Rare (RMR) hanno adottato un protocollo sottoscritto dalle strutture sanitarie di competenza territoriale e dai suoi presidi di Rete ed inviato al Centro Regionale delle Malattie Rare e alla DG Sanità.

Poiché il confronto tra i diversi attori del sistema ha portato in evidenza alcuni disomogeneità di trattamento in specifici casi, si dispone quanto segue.

In casi selezionati, quando non siano disponibili o si siano già dimostrati inefficaci farmaci in indicazione, lo specialista che opera nel Presidio di riferimento per una determinata malattia rara può proporre l'impiego di un farmaco al di fuori delle indicazioni autorizzate riportate nel Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP). Tale uso "off-label" può attenersi all'impiego del farmaco secondo una diversa indicazione terapeutica, un diverso dosaggio, una diversa modalità di somministrazione, un diverso gruppo di pazienti, rispetto a quelli per cui ha ottenuto l'Autorizzazione all'Immissione in Commercio (AIC) e riportati in RCP.

Nel considerare le possibilità di impiego off-label di un farmaco è necessario tener conto delle seguenti norme:

- dal 1996 il SSN può erogare a proprie spese farmaci utilizzati off-label, purché ricompresi nella Lista 648/96 o nelle Liste di "farmaci con uso consolidato sulla base dei dati della letteratura scientifica, per indicazioni anche differenti da quelle previste dal provvedimento di AIC" predisposte e periodicamente aggiornate da AIFA;
- a fronte di tale disposizione generale, la cosiddetta "legge Di Bella" (Art. 3 del decreto-legge 17 febbraio 1998, n. 23, convertito con modificazioni dalla legge 8 aprile 1998, n. 94) ha subordinato la prescrittibilità di farmaci off-label al convincimento del medico curante che il proprio paziente non possa essere trattato con medicinali già approvati (cioè dotati di un'AIC che riporti espressamente l'indicazione terapeutica rilevante), purché di simile impiego off-label sia già stato dato atto nella letteratura scientifica;
- la Finanziaria del 2008 (Art. 2, comma 348, della legge 24 dicembre 2007, n. 244), ha quindi introdotto un'ulteriore delimitazione delle prescrizioni di farmaci off-label all'interno del SSN e a suo carico, e ha disposto che in nessun caso il medico curante può prescrivere, per il trattamento di

una determinata patologia, un medicinale di cui non è autorizzato il commercio quando sul proposto impiego del medicinale non siano disponibili almeno dati favorevoli di sperimentazioni cliniche di fase seconda.

Da quanto esposto si dispone che lo specialista che opera in un Presidio della Rete Malattie Rare può prescrivere un farmaco off-label, inserendolo nel Piano Terapeutico, quando:

- A. L'impiego proposto è previsto nella Lista 648/96 o nelle Liste di "farmaci con uso consolidato sulla base dei dati della letteratura scientifica, per indicazioni anche differenti da quelle previste dal provvedimento di AIC" predisposte e periodicamente aggiornate da AIFA.
- B. In casi non contemplati al punto A, sono comunque soddisfatte tutte le seguenti condizioni:
 - 1) il paziente non può essere trattato con medicinali già approvati;
 - 2) assunzione di responsabilità da parte del medico prescrittore;
 - 3) acquisizione del consenso informato da parte del paziente o del legale rappresentante;
 - 4) disponibilità almeno di dati favorevoli di sperimentazioni cliniche di fase seconda.

Quando l'impiego off-label di un determinato farmaco è previsto dal Percorso Diagnostico, Terapeutico e Assistenziale (PDTA) condiviso a livello regionale, non è necessario procedere ad un riesame della letteratura per soddisfare il punto 4), ma le altre condizioni devono essere rispettate.

I PDTA condivisi a livello regionale sono disponibili sul sito web della Rete Regionale Malattie Rare nella Sezione dedicata <http://malattierare.marionegri.it>

In singoli casi, in particolare per quanto riguarda condizioni tanto rare da non rendere realizzabili sperimentazioni cliniche di fase seconda, il Centro di Coordinamento, in accordo con la Direzione Generale Sanità, è disponibile a fornire un parere in merito alla possibilità di una prescrizione a carico del Servizio Sanitario Regionale.

Se invece il paziente risiede in un'altra regione, riceverà il Piano Terapeutico e farà riferimento alla ASL di competenza.

Per i pazienti lombardi, in cura presso Presidi di RMR extraregionali, la ASL assicura l'erogazione delle terapie non disponibili presso le farmacie al pubblico, dei farmaci off-label, e l'importazione dei farmaci esteri eventualmente prescritti, sia non registrati che carenti sul territorio nazionale, direttamente o anche per tramite dei Presidi di RMR regionali, ospedali territoriali, IRCCS o Fondazioni. L'allocazione presso strutture ospedaliere regionali va riservata alle terapie infusionali e/o che richiedono un complesso monitoraggio. La ASL garantisce la continuità assistenziale tramite farmaci disponibili in commercio, a bassa criticità di utilizzo.

Per quanto attiene la fornitura, in analogia con quanto previsto per i farmaci inseriti nella Legge 648/96, per gli assistiti dal SSR lombardo l'erogazione deve essere garantita dal Presidio di rete malattie rare e la rendicontazione è in tipologia 10 del File F (se erogata dai Presidi di RMR regionali, ospedali territoriali, IRCCS o Fondazioni), in tipologia 13 del File F (se erogata direttamente dalla ASL).

4.2.3. RINNOVO ESENZIONI TICKET DA REDDITO

In attuazione del programma di governo della Giunta Regionale, che ha l'obiettivo di legislatura di avviare una serie di interventi per la rimozione o riduzione delle quote di compartecipazione alla spesa sanitaria, si dispone di confermare per l'anno 2015 il diritto, specifico della Regione Lombardia, all'esenzione dalla compartecipazione alla spesa farmaceutica e per le prestazioni di specialistica ambulatoriale per i seguenti soggetti iscritti al SSR:

- i minori di 14 anni, indipendentemente dal reddito (codice di esenzione: E11);
- i disoccupati iscritti agli elenchi anagrafici dei centri per l'impiego, esclusivamente se il relativo reddito familiare risulti pari o inferiore a 27.000 Euro/anno, ed i familiari a loro carico, per il periodo di durata di tale condizione (codice di esenzione: E12);
- I cittadini in cassa integrazione straordinaria o in deroga o in mobilità che percepiscano una retribuzione, comprensiva dell'integrazione salariale o indennità, non superiore ai massimali mensili previsti dalla Circolare n. 14 dell'INPS del 30.1.2013 e suoi eventuali successivi aggiornamenti, ed i familiari a carico, per il periodo di durata di tale condizione (codice di esenzione: E13);
- i cittadini cui è stato concesso il contratto di solidarietà cosiddetto difensivo ex art. 1 del D.L. 30 ottobre 1984, n. 726 che percepiscano una retribuzione, comprensiva dell'integrazione salariale, non superiore ai massimali previsti dalla Circolare n. 14 dell'INPS del 30.1.2013 e suoi eventuali successivi aggiornamenti, per la cassa integrazione ed ai familiari a loro carico, per il periodo di durata di tale condizione (codice di esenzione: E13);

Si confermano inoltre per l'anno 2015 anche :

- limitatamente alla specialistica ambulatoriale, l'esenzione regionale dalla compartecipazione alla spesa per i soggetti con età superiore ai 65 anni e reddito familiare fiscale inferiore o uguale a 38.500 euro e codice di esenzione uguale ad E05;
- limitatamente all'assistenza farmaceutica 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 (codice di esenzione: E14).

4.2.4. ODONTOIATRIA SOCIALE

Per favorire la qualità della vita in una fascia di popolazione a particolare svantaggio sociale verrà previsto, in presenza di risorse aggiuntive da destinare al FSR, lo stanziamento di 10 milioni di Euro per la remunerazione di prestazioni odontoiatriche extra LEA per l'erogazione gratuita di protesi dentarie rivolte a pazienti edentuli di età superiore a 65 anni, con un reddito familiare non eccedente i 20.000 euro.

In presenza delle risorse verrà adottato un provvedimento di Giunta per disciplinare le modalità di valutazione ed i criteri di ammissione al finanziamento da parte degli aventi diritto.

4.2.5. PAZIENTI ONCOLOGICI

Verranno previste specifiche iniziative rivolte ai soggetti che sviluppano effetti secondari a determinate terapie oncologiche. In particolare verrà valutato un percorso per l'erogazione di guaine a soggetti con linfedema e definito lo sviluppo di un progetto sperimentale per l'erogazione di prodotti d'uso dermatologico a soggetti che hanno subito danni da radioterapia.

Inoltre verrà proposta l'esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria per i soggetti portatori di mutazioni genetiche che conferiscono un alto rischio di sviluppo di tumori e necessitano pertanto di una

sorveglianza intensiva. In tal senso verranno definite le tipologie di prestazioni, le modalità di erogazione delle stesse, così come le categorie di soggetti cui saranno riservate.

Al fine di realizzare questi progetti si prevede un finanziamento massimo pari a 2 milioni di Euro, che sarà assegnato con specifiche deliberazioni di giunta solo in presenza delle risorse necessarie sul FSR.

5. L'ASSISTENZA E LA TUTELA SANITARIA NELL'AMBITO DI EXPO 2015

La *preparedness* è un requisito fondamentale quando si verificano eventi mass gathering quali EXPO 2015. E' stimata una presenza (sulla metropoli, il suo hinterland e più in generale sul territorio regionale) di 160.000 visitatori al giorno ripartiti sui sei mesi di durata dell'evento, per una partecipazione di pubblico pari a 29 milioni di visitatori di cui il 25% proveniente dall'estero. Si prevedono picchi di afflusso nei fine settimana con una popolazione stimata di circa 250.000 visitatori il sabato e la domenica. Con periodi di criticità in alcuni periodo del semestre (1 Maggio-3 Maggio; 29 Maggio-7 Giugno; 10 Giugno-14 Giugno; 17 Giugno-21 Giugno; 24 Giugno-28 Giugno).

Le esperienze tratte da precedenti eventi di massa mostrano che tra i principali rischi possibili per la salute sono le malattie infettive, quelle trasmesse da alimenti e acque, quelle correlate al clima, gli incidenti e infortuni. In particolare per le prime due è indispensabile l'identificazione tempestiva degli eventi sanitari rilevanti, emergenti o imprevisti, che richiedono azioni di sanità pubblica immediate e coordinate tra i diversi settori sanitari.

Prevenzione, sorveglianza e controllo della malattie infettive in EXPO: ottimizzazione della lettura dei segnali

La pianificazione e il coordinamento delle azioni straordinarie devono basarsi sulla presenza di un tempestivo sistema di sorveglianza che costituisca anche un sistema di allerta e risposta rapida sufficientemente flessibile per la gestione di episodi rilevanti e sia in grado di affiancare alla "classica" sorveglianza basata sugli indicatori un'attività di sorveglianza basata sugli eventi.

Tra le strategie identificate in letteratura nell'ambito delle emergenze infettive sono descritte il potenziamento della funzione di *epidemic intelligence* per anticipare le possibili situazioni critiche e la preparazione di procedure e piani per la gestione delle principali tipologie di emergenza di sanità pubblica, oltre che la formazione dei professionisti su questi aspetti.

Partendo da esperienze internazionali si intendono sviluppare in regione Lombardia le funzioni di Epidemic Intelligence attraverso un Sistema di Allerta rapida (SAR) per le malattie infettive che integra un sistema di sorveglianza sindromica basata sugli accessi ai Pronto Soccorso attivo dal 2011, e un sistema di Sorveglianza Basata sugli Eventi (EBS) per il quale sono stati realizzati e testati dall'ISS i necessari strumenti.

Con apposito atto saranno declinate i ruoli, gli strumenti e le attività relativamente alla prevenzione, sorveglianza e controllo in vista di expo e durante il suo svolgimento in riferimento a :

- *Indicator Based Surveillance (IBS)*: sorveglianza malattie infettive con tempistica rafforzata e sorveglianza sindromica su PPI e PPSS;
- *Event based Surveillance (EBS)*: sistema allerta Rapido ISS;
- *Epidemic Intelligence*: istituzione di un nucleo di valutazione e coordinamento interventi di lettura dei segnali da EBS e IBS (DG Salute – UO Governo della Prevenzione e tutela sanitaria, ASL MI e ASL MI1, AO Sacco con raccordo ISS e Ministero).

Gestione ordinaria dell'incremento della domanda sanitaria a seguito di EXPO

Per fare fronte alle esigenze di tipo sanitario dei visitatori, all'interno del sito EXPO verranno attivati tre presidi sanitari (Punti di Primo Intervento) con personale sanitario dei pronto soccorso delle AA.OO e della continuità assistenziale della ASL avendo stimato circa 15.000-20.000 accessi nei 180 gg. A questo si aggiunge un potenziamento del servizio territoriale di AREU con mezzi di soccorso avanzati e squadre appiedate di soccorritori.

Nella *downtown* è previsto un potenziamento dell'ambulatorio di Rugabella mutuando i servizi londinesi attivati per le olimpiadi di Londra di *walk in service* ma con una offerta più specialistica per la presenza di

varie discipline (dermatologo, otorino, oculista, odontoiatra, ecc). Per rendere fruibile il servizio si provvederà a pubblicizzare il nuovo servizio

Atteso che anche il paziente con patologie croniche invalidanti non rinuncia oramai alla mobilità si stanno individuando delle aree di interesse per intercettare un eventuale domanda relativamente a: pazienti in dialisi, pazienti in ossigenoterapia cronica, pazienti in trattamento anticoagulante e pazienti oncologici. Per queste specifiche condizioni si sta creando una rete di offerta per facilitare il percorso nelle nostre strutture sanitarie.

Per quanto possibile, presso i principali Pronto Soccorso di riferimento (AO Salvini, PO Garbagnate, PO Rho, AO Sacco, AO S. Carlo, AO Niguarda, AO S. Carlo e IRCCS Fondazione Policlinico), si procederà alla individuazione di percorsi dedicati finalizzati alla accoglienza di visitatori stranieri, in particolare per quanto riguarda la necessità di potenziamento della funzione di mediazione linguistica

Compatibilmente con le risorse disponibili saranno identificate le risorse necessarie al potenziamento degli organici di PS per fare fronte all'incremento della domanda.

Gestione delle emergenze

Le maxi-emergenze costituiscono un evento eccezionale che colpisce una comunità; si caratterizzano per la loro azione imprevedibile, per la rapida saturazione delle risorse sanitarie immediatamente disponibili e per la capacità di produrre un elevato numero di vittime.

Oltre i piani di emergenza di difesa civile in coerenza con quanto predisposto dalla Prefettura, per la parte strettamente territoriale e ospedaliera sono stati rivisti i Piani di Massiccio Afflusso di Pazienti (PEMAF) e individuato gli ospedali di riferimento dell'area expo (AO Salvini, PO Garbagnate, PO Rho, AO Sacco, AO S. Carlo, AO Niguarda, AO S. Carlo, IRCCS Fondazione Policlinico, AO Ist. Ortopedico G. Pini).

L'organizzazione ospedaliera dei soccorsi in fase di maxi-emergenza è demandata ai PEMAFA, che delineano preventivamente le soluzioni organizzative e logistiche più idonee per fronteggiare un eventuale massiccio ed imprevisto afflusso di pazienti, identificando la tipologia delle misure da adottare, le modalità, i tempi di attuazione, i responsabili e gli esecutori materiali dei diversi interventi. Nei primi mesi del 2015 dovranno essere previste le esercitazioni per testare i Piani di emergenza predisposti nel 2014.

Per le emergenze infettivologiche l'ospedale Sacco è il centro di riferimento. E comunque ogni ospedale dell'area milanese metterà in atto dei percorsi dedicati per un eventuale incremento di domanda di pazienti EXPO.

Sanità Pubblica

Adozione dei Protocolli aggiornati relativi emergenze sanitarie (bioterrorismo, ecc.) ed efficientamento Guardia Igienica, anche in esito ai lavori nel tavolo della Prefettura.

Controlli per la sicurezza frequentatori lavoratori e dei cittadini

L'importanza dell'evento Expo 2015, vetrina dell'Italia nel mondo in materia di qualità e sicurezza alimentare, richiede a tutto il sistema un'ulteriore sforzo per l'attuazione delle azioni previste nel "Piano Regionale di sicurezza alimentare per evento Expo".

A ciò si aggiunge la necessità che la costruzione e la realizzazione dell'evento costituiscano un esempio virtuoso in materia di sicurezza dei lavoratori.

In particolare, anche attraverso l'utilizzo del personale assunto a tempo determinato per l'evento Expo 2015 si prevede:

- l'attivazione dei tavoli di coordinamento locali con le diverse Autorità Competenti.
- l'attuazione del Piano Integrato Regionale in materia di sicurezza alimentare per evento Expo 2015 con intensificazione e razionalizzazione dell'attività di controllo;

- l'incremento delle attività di controllo finalizzate alla sicurezza dei lavoratori/partecipanti all'evento EXPO.

ALLEGATO B) – Sub Allegato 1

Elenco (ad integrazione dei contenuti della DGR n. IX/4605/2012) degli interventi chirurgici mono-operatore ai quali è applicabile il requisito organizzativo *“La dotazione di personale medico e infermieristico deve essere rapportata al volume delle attività e alla tipologia delle patologie trattate e, comunque, deve essere garantita la presenza di almeno un chirurgo, e di un infermiere professionale”*

Interventi sistema nervoso

Impianto o sostituzione di elettrodo/i di neurostimolatore spinale

Interventi di chirurgia generale

Revisione di anastomosi artero-venosa per dialisi renale

Colostomia temporanea

Chiusura di orifizio artificiale dell'intestino crasso

Asportazione delle emorroidi

Asportazione locale di lesione della mammella

Otorinolaringoiatria

Miringoplastica

Impianto di protesi acustiche ad integrazione ossea o elettromagnetiche

Stapedotomia/Stapedectomy (ovvero interventi per otosclerosi)

Timpanotomia esplorativa

Timpanocentesi con drenaggio trans-timpanico (anche non di elezione*)

Emorragia post-tonsillectomia (anche non di elezione*)

Epistassi (anche non di elezione*)

Sanguinamento post-chirurgia endoscopica naso-paranasale (anche non di elezione*)

Ortopedia

Correzione di alluce valgo

Chirurgia vascolare

Varicectomie

Oculistica

Sondaggio vie lacrimali

Intubazione vie lacrimali

Plicatura del muscolo elevatore palpebrale

Correzione entropion

Correzione ectropion

Asportazione lesione minore della palpebra

Asportazione calazio

Asportazione lesione della congiuntiva

Ciclofotocoagulazione

Capsulectomia

Chirurgia della mano

Sostituzione protesica MC-P o IP

(Emi)trapeziectomia

Tenoplastica

Protesi trapezio

Sinoviectomia polso

Riduzione chirurgica di frattura del polso

Trasposizione tendinea (suspensoplastica)

Artroplastica carpo-carpale con impianto

Capsulorrafia

Riparazione TFC

Resezione prima filiera del carpo

1) Elaborazione dei dati raccolti

Sono stati raccolti ed elaborati i dati di contabilità analitica delle strutture pubbliche (presenti nella contabilità analitica regionale) ed i dati di 75 diversi ospedali privati (che hanno fornito il bilancio, il conto economico riclassificato ed una riclassificazione analitica dei costi) relativi all'anno 2013.

Dalla analisi, che copre oltre il 95% della spesa ospedaliera, regionale sono risultate escluse alcune strutture:

- a. che non avevano ritirato la scheda di rilevazione o che non la avevano riconsegnata;
- b. che nella scheda non avevano compilato la sezione relativa alla contabilità analitica;
- c. che nella scheda presentavano una rilevazione analitica incompleta o comunque incoerente con la riclassificazione del bilancio.

2) Risultato delle elaborazioni

I dati delle strutture sono stati elaborati in relazione alla tipologia di unità operativa (per specialità di degenza, per tipo di servizio diagnostico, per i diversi servizi di supporto sanitari e per i diversi livelli di offerta ambulatoriale). Per ogni specialità sono state evidenziate le differenze tra costi diretti sostenuti e ricavi direttamente attribuibili.

I costi delle attività per pazienti solventi sono stati scorporati in presenza di un bilancio distinto oppure inclusi (incluso anche i ricavi) dove i costi sostenuti non erano distinguibili a livello di specifico centro di costo.

Sul totale delle attività sanitarie è stata riconosciuta una percentuale “standard” di costi generali e di struttura pari al 16% del valore del fatturato.

Da questa analisi preliminare emergono delle differenze significative tra i margini delle diverse specialità. Tali differenze - che sono generate da un “delta” tra valore delle tariffe in vigore e costi sostenuti - saranno oggetto delle azioni di correzione proposte nel modello di revisione del tariffario.

Dalla elaborazione dei dati analitici disponibili sono stati estratti gli elementi base del costo del ricovero che sono stati utilizzati in un modello di verifica della congruenza delle tariffe.

Gli elementi principali sono:

- 1) Incidenza “standardizzata” dei costi generali per struttura
- 2) Costo orario di funzionamento delle sale operatorie
- 3) Costo orario per il funzionamento delle unità di emodinamica
- 4) Costo a giornata delle attività di assistenza nelle unità intensive
- 5) Costo a giornata delle attività di assistenza per le diverse specialità
- 6) Costo dei dispositivi impiantati
- 7) Consumo giornaliero di farmaci (esclusi quelli rimborsati attraverso il file F)
- 8) Costo alberghiero per giornata di ricovero
- 9) Costo medio degli esami diagnostici per singolo caso ricoverato

Attraverso gli elementi di costo è possibile simulare l'andamento del costo complessivo del caso al variare della durata della degenza.

Alcuni elementi di costo rappresentano dei costi fissi generalmente indipendenti dalla durata del ricovero (costo dell'intervento, costo dei dispositivi, set diagnostico minimo), altri elementi possono essere stimati per singolo caso (costo delle giornate in unità intensive), altri infine concorrono all'aumentare del costo al variare della durata della degenza (consumi ed assistenza).

Al variare della degenza varia anche il valore della tariffa (per casi acuti ordinari ovviamente) secondo il meccanismo del pagamento “un die” (medico e chirurgico), dei due giorni medici, del forfait per i casi complicati di breve durata (riportati al forfait del corrispondente DRG non complicato), del forfait e del valore oltre soglia.

Infatti il driver di queste variazioni di tariffa all'interno di uno specifico DRG, è la durata della degenza.

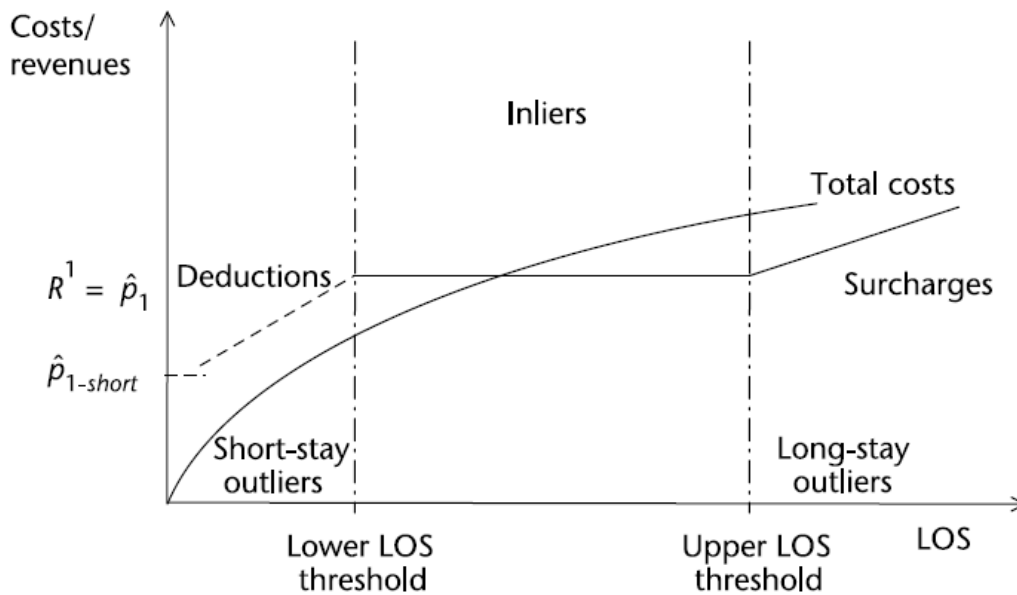


Figure 6.3 Trimming and reimbursement for outliers

Per **ogni DRG** è stata predisposta una specifica simulazione che mette a confronto, al variare delle degenza:

- la stima del costo atteso sulla base dei costi rilevati;
- il valore della tariffa in vigore in Lombardia;
- il valore della tariffa massima ministeriale prevista nel decreto del 2012

Per ogni DRG è stata poi misurata la numerosità di casi registrata nel 2013 negli ospedali privati e negli ospedali pubblici distribuita lungo la durata della degenza.

3) Proposta di modifica delle tariffe e simulazione dell'impatto

Nella proposta di modifica delle tariffe, oltre al costo di produzione, si è tenuto conto della avvenuta pubblicazione del tariffario ministeriale delle tariffe massime rispetto al quale le tariffe della Lombardia si differenziano nella maggior parte dei casi.

Il tariffario del 2015 prevede quindi, sulla base della tariffa massima ministeriale e della analisi dei costi e dei margini disponibile, una progressiva convergenza verso i valori del tariffario Ministeriale.

Fanno eccezione alcuni DRG in alcune specialità dove si registrano margini superiori all' 8% (Cardiologia, Chirurgia Toracica, Ortopedia, Ginecologia). In questo caso l'intervento di correzione delle tariffe è intervenuto andando oltre il limite del DM 2012. Sia per i DRG che erano di valore superiore a quelli del DM, ma anche diversi DRG che già erano inferiori a quelli del ministero, la tariffa proposta è tale che complessivamente si registri una regressione della tariffa proporzionale alla dimensione dei margini osservati.

Nel complesso si mantiene però il livello attuale delle tariffe esistenti ma si riduce piuttosto la distanza rispetto al tariffario ministeriale e si corregge - in parte - il finanziamento di alcune specialità che non hanno margini o ne hanno in eccesso.

Circa 200 DRG conserverebbero quindi una tariffa superiore a quella del ministero, altri 270 DRG conserverebbero una tariffa inferiore ed i rimanenti resterebbero allineati al tariffario ministeriale.

Complessivamente le modifiche spostano di poco il volume complessivo delle risorse, ma a parità di mix della casistica del 2013, si potrebbero registrare aggiustamenti nelle specialità analizzate e di maggior rilevanza.

ALLEGATO B) - Sub Allegato 3 "Nuove Tariffe DRG 2015"

DRG	TipTar_SDO	MDC	DesDRG	TarOrd	TarUno	ValSoA	TarSoA	ValSoNC	TarSoNC	ValSoTG	TarDH
001		01	Craniotomia età > 17 anni, con CC	13.370	10.028	26	556	-	-		10.028
002		01	Craniotomia età > 17 anni, senza CC	11.799	8.849	39	347	-	-		8.849
003		01	Craniotomia età < 18 anni	10.351	7.763	60	329	-	-		7.763
006		01	Decompressione del tunnel carpale	820	820	4	105	-	-		820
006		01	Decompressione del tunnel carpale (in Chir. a bassa complessità BIC; MPR: 0443)	899	899	4	-	-	-		899
007		01	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso con CC	8.413	6.310	40	262	-	-		6.310
008		01	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	1.812	1.812	14	213	-	-		1.812
008		01	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC (Con cod. di interv. principale 9231 o 9232 o 9233 "Radiochirurgia ...")	6.596	6.596	40	254	-	-		6.596
009		01	Malattie e traumasmi del midollo spinale	3.589	254	31	206	-	-		254
010		01	Neoplasie del sistema nervoso con CC	3.806	225	16	168	6	3.135		225
011		01	Neoplasie del sistema nervoso senza CC	3.135	225	26	148	-	-		225
012		01	Malattie degenerative del sistema nervoso	3.061	209	23	134	-	-		209
013		01	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	2.633	215	20	137	-	-	4	215
014		01	Emorragia intracranica o infarto cerebrale	3.891	222	30	160	-	-		222
015		01	Vasculopatie cerebrali acute aspecifiche e occlusioni precerebrali senza infarto	2.949	168	30	117	-	-		168
016		01	Malattie cerebrovascolari aspecifiche con CC	2.952	191	13	152	6	2.435		191
017		01	Malattie cerebrovascolari aspecifiche senza CC	2.435	191	20	106	-	-		191
018		01	Malattie dei nervi cranici e periferici con CC	1.878	148	13	134	5	1.210		148
019		01	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC	1.210	148	22	64	-	-	5	148
021		01	Meningite virale	4.066	296	20	303	-	-		296
022		01	Encefalopatia ipertensiva	2.490	227	27	138	-	-		227
023		01	Stato stuporoso e coma di origine non traumatica	2.625	148	24	137	-	-		148
026		01	Convulsioni e cefalea età < 18 anni	2.924	410	11	361	-	-		410
027		01	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma > 1 ora	4.950	285	31	179	-	-		285
028		01	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età > 17 anni con CC	3.561	270	14	267	4	2.400		270
029		01	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età > 17 anni senza CC	2.400	270	18	217	-	-		270
030		01	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età < 18 anni	1.288	271	4	214	-	-		271
031		01	Commozione cerebrale, età > 17 anni con CC	2.263	220	8	218	2	1.524		220
032		01	Commozione cerebrale, età > 17 anni senza CC	1.524	220	10	183	-	-		220
033		01	Commozione cerebrale, età < 18 anni	1.071	262	4	129	-	-		262
034		01	Altre malattie del sistema nervoso, con CC	2.678	184	10	141	3	2.062		184
035		01	Altre malattie del sistema nervoso, senza CC	2.062	184	20	115	-	-		184
036		02	Interventi sulla retina	2.123	2.123	12	146	-	-		2.123
037		02	Interventi sull'orbita	2.601	1.951	20	202	-	-		1.951
038		02	Interventi primari sull'iride	1.289	1.289	16	130	-	-		1.289
039		02	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	895	895	4	90	-	-		895
039		02	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia (in Chir. a bassa complessità BIC; MPR: 1341)	941	941	4	-	-	-		941
040		02	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	1.281	1.281	4	115	-	-		1.281
040		02	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni (in Chir. a bassa complessità BIC; MPR: 0838, 0872, 0874)	1.168	1.168	4	-	-	-		1.168
041		02	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni	841	841	4	121	-	-		841

DRG	TipTar_SDO	MDC	DesDRG	TarOrd	TarUno	ValSoA	TarSoA	ValSoNC	TarSoNC	ValSoTG	TarDH
042	N	02	Interventi su strutture intraoculari escl. retina, iride e cristallino + Tipo Tar. SDO = "N"	1.641	1.641	9	72	-	-		1.641
042	S	02	Interventi su strutture intraoculari escl. retina, iride e cristallino + Tipo Tar. SDO = "S" (con acquisto cornea banca tessuti)	2.670	2.670	9	72	-	-		2.670
043		02	Ifema	1.225	204	13	173	-	-		204
044		02	Infezioni acute maggiori dell'occhio	1.981	204	26	137	-	-		204
045		02	Malattie neurologiche dell'occhio	2.143	211	20	158	-	-		211
046		02	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni con CC	2.569	184	10	253	3	1.439		184
047		02	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC	1.439	184	15	154	-	-	4	184
048		02	Altre malattie dell'occhio, età < 18 anni	1.562	222	13	165	-	-		222
049		03	Interventi maggiori sul capo e sul collo	5.444	4.083	46	131	-	-		4.083
050		03	Sialoadenectomia	2.414	1.811	11	145	-	-		1.811
051		03	Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia	1.513	1.513	20	233	-	-		1.513
052		03	Riparazione di cheiloschisi e di palatoschisi	2.522	1.892	14	190	-	-		1.892
053		03	Interventi su seni e mastoide, età > 17 anni	2.387	1.790	9	209	-	-		1.790
054		03	Interventi su seni e mastoide, età < 18 anni	2.307	1.730	20	184	-	-		1.730
055		03	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	1.485	1.485	4	97	-	-		1.485
056		03	Rinoplastica	1.881	1.411	4	223	-	-		1.411
057		03	Interventi su tonsille e adenoidi eccetto solo tonsillectomia e/o adenoidectomia età >17 anni	2.183	1.637	4	320	-	-		1.637
058		03	Interventi su tonsille e adenoidi eccetto solo tonsillectomia e/o adenoidectomia età < 18 anni	920	920	7	195	-	-		920
059		03	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni	892	892	4	242	-	-		892
060		03	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	892	892	4	242	-	-		892
061		03	Miringotomia con inserzione di tubo, età > 17 anni	1.683	1.683	10	313	-	-		1.683
062		03	Miringotomia con inserzione di tubo, età < 18 anni	1.162	1.162	2	173	-	-		1.162
063		03	Altri interventi su orecchio, naso, bocca e gola	3.342	2.507	15	242	-	-		2.507
064		03	Neoplasie maligne di orecchio, naso, bocca e gola	3.662	292	23	198	-	-		292
065		03	Alterazioni dell'equilibrio	953	152	15	57	-	-	4	152
066		03	Epistassi	1.575	243	11	183	-	-		243
067		03	Epiglottite	2.491	393	13	272	-	-		393
068		03	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età > 17 anni con CC	2.437	192	8	166	3	1.504		192
069		03	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età > 17 anni senza CC	1.504	192	10	166	-	-		192
070		03	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età < 18 anni	1.812	348	9	253	-	-	4	348
071		03	Laringotracheite	1.932	371	5	403	-	-		371
072		03	Traumatismi e deformità del naso	1.853	402	4	262	-	-		402
073		03	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni	2.341	290	13	258	-	-	4	290
074		03	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18 anni	1.046	208	9	156	-	-	3	208
075		04	Interventi maggiori sul torace	10.972	8.229	31	322	-	-		8.229
076	U	04	Altri interventi sull'apparato respiratorio, con CC + Tipo Tar. SDO = "U" (Resezione meccanica laser assistita in broncoscopia rigida ...), solo in presenza di particolari codifiche indicate nella normativa di riferimento	6.258	4.694	19	247	6	6.258		4.694
076		04	Altri interventi sull'apparato respiratorio, con CC	5.067	2.600	19	247	6	3.467		2.600
077	U	04	Altri interventi sull'apparato respiratorio, senza CC + Tipo Tar. SDO = "U" (Resezione meccanica laser assistita in broncoscopia rigida ...), solo in presenza di particolari codifiche indicate nella normativa di riferimento	6.258	4.694	37	163	-	-		4.694
077		04	Altri interventi sull'apparato respiratorio, senza CC	3.467	2.600	37	163	-	-		2.600
078		04	Embolia polmonare	4.466	214	33	155	-	-		214
079		04	Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni con CC	3.904	148	21	139	11	3.394		148

DRG	TipTar_SDO	MDC	DesDRG	TarOrd	TarUno	ValSoA	TarSoA	ValSoNC	TarSoNC	ValSoTG	TarDH
080		04	Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni senza CC	3.394	148	42	71	-	-		148
081		04	Infezioni e infiammazioni respiratorie, età < 18 anni	4.226	300	27	164	-	-		300
082		04	Neoplasie dell'apparato respiratorio	4.145	243	36	192	-	-		243
083		04	Traumi maggiori del torace, con CC	2.612	307	9	268	3	1.636		307
084		04	Traumi maggiori del torace, senza CC	1.636	307	12	180	-	-		307
085		04	Versamento pleurico, con CC	2.805	151	15	146	7	2.368		151
086		04	Versamento pleurico, senza CC	2.368	151	28	93	-	-		151
087		04	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	3.780	251	27	220	-	-		251
088		04	Malattia polmonare cronica ostruttiva	3.063	227	21	156	-	-	4	227
089		04	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	3.536	165	15	145	7	2.445		165
090		04	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni senza CC	2.445	165	21	113	-	-		165
091		04	Polmonite semplice e pleurite, età < 18 anni	2.625	321	15	206	-	-		321
092		04	Malattia polmonare interstiziale, con CC	4.029	196	15	164	6	2.649		196
093		04	Malattia polmonare interstiziale, senza CC	2.649	196	26	148	-	-		196
094		04	Pneumotorace, con CC	3.658	225	12	188	4	2.028		225
095		04	Pneumotorace, senza CC	2.028	225	16	159	-	-		225
096		04	Bronchite e asma, età > 17 anni con CC	2.537	176	11	156	5	1.832		176
097		04	Bronchite e asma, età > 17 anni senza CC	1.832	176	17	137	-	-		176
098		04	Bronchite e asma, età < 18 anni	2.777	380	12	288	-	-		380
099		04	Segni e sintomi respiratori, con CC	2.928	164	12	125	3	1.665		164
100		04	Segni e sintomi respiratori, senza CC	1.665	164	16	115	-	-		164
101		04	Altre diagnosi relative all'apparato respiratorio, con CC	3.325	179	11	146	3	1.843		179
102		04	Altre diagnosi relative all'apparato respiratorio, senza CC	1.843	179	15	142	-	-		179
103		PR	Trapianto cardiaco o impianto di sistema di assistenza cardiaca	45.977	34.483	73	485	-	-		34.483
104		05	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco	21.882	16.412	30	556	-	-		16.412
105		05	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo cardiaco	17.843	13.382	26	524	-	-		13.382
106		05	Bypass coronarico con PTCA	19.018	14.264	45	387	-	-		14.264
108		05	Altri interventi cardiotoracici	15.686	11.765	27	773	-	-		11.765
110		05	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare, con CC	14.208	6.662	18	457	7	8.882		6.662
111		05	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare, senza CC	8.882	6.662	22	309	-	-		6.662
113		05	Amputazione per disturbi circolatori eccetto amputazione arto superiore e dita piede	9.740	7.305	67	218	-	-		7.305
114		05	Amputazione arto superiore e dita piede per malattie apparato circolatorio	5.555	4.166	52	128	-	-		4.166
117		05	Revisione del pacemaker cardiaco, eccetto sostituzione	3.547	3.547	33	264	-	-		3.547
118		05	Sostituzione di pacemaker cardiaco	4.454	4.454	4	312	-	-		4.454
119		05	Legatura e stripping di vene	1.619	1.619	4	180	-	-		1.619
119		05	Legatura e stripping di vene (in Chir. a bassa complessità BIC; MPR: 3859, 3869)	1.462	1.462	4	-	-	-		1.462
120		05	Altri interventi sull'apparato circolatorio	6.799	5.099	43	239	-	-		5.099
121		05	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto e complicanze maggiori, dimessi vivi	6.318	292	14	223	6	4.158		292
122		05	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto senza complicanze maggiori, dimessi vivi	4.158	292	17	179	-	-		292
123		05	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto, morti	5.212	497	30	550	-	-		497
124		05	Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi complicata	4.804	2.129	9	262	2	2.129		2.129
125		05	Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	2.129	2.129	9	262	-	-		2.129
126		05	Endocardite acuta e subacuta	10.573	350	102	258	-	-		350

DRG	TipTar_SDO	MDC	DesDRG	TarOrd	TarUno	ValSoA	TarSoA	ValSoNC	TarSoNC	ValSoTG	TarDH
127		05	Insufficienza cardiaca e shock	3.285	220	24	159	-	-		220
128		05	Tromboflebite delle vene profonde	2.600	171	23	125	-	-		171
129		05	Arresto cardiaco senza causa apparente	4.000	292	39	301	-	-		292
130		05	Malattie vascolari periferiche, con CC	2.135	126	13	141	4	1.090		126
131		05	Malattie vascolari periferiche, senza CC	1.090	126	27	54	-	-	4	126
132		05	Aterosclerosi, con CC	1.420	144	10	127	4	990		144
133		05	Aterosclerosi, senza CC	990	144	17	51	-	-	4	144
134		05	Iperensione	1.087	169	18	58	-	-	4	169
135		05	Malattie cardiache congenite e valvolari, età > 17 anni con CC	2.779	183	10	172	4	1.931		183
136		05	Malattie cardiache congenite e valvolari, età > 17 anni senza CC	1.931	183	16	127	-	-		183
137		05	Malattie cardiache congenite e valvolari, età < 18 anni	3.047	395	12	235	-	-		395
138		05	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca, con CC	2.702	198	9	183	3	1.759		198
139		05	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca, senza CC	1.759	198	14	144	-	-	4	198
140		05	Angina pectoris	2.212	201	18	134	-	-		201
141		05	Sincope e collasso, con CC	1.582	172	10	144	4	1.133		172
142		05	Sincope e collasso, senza CC	1.133	172	21	64	-	-	4	172
143		05	Dolore toracico	1.842	238	13	173	-	-		238
144		05	Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio con CC	3.395	212	12	168	4	2.288		212
145		05	Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio senza CC	2.288	212	21	143	-	-		212
146		06	Resezione rettale, con CC	11.198	4.836	22	196	10	6.448		4.836
147		06	Resezione rettale, senza CC	6.448	4.836	35	134	-	-		4.836
149		06	interventi maggiori su intestino crasso e tenue, senza CC	6.855	5.141	42	148	-	-		5.141
150		06	Lisi di aderenze peritoneali, con CC	7.331	3.191	17	323	5	4.254		3.191
151		06	Lisi di aderenze peritoneali, senza CC	4.254	3.191	29	206	-	-		3.191
152		06	Interventi minori su intestino crasso e tenue, con CC	7.987	2.844	20	198	6	3.792		2.844
153		06	Interventi minori su intestino crasso e tenue, senza CC	3.792	2.844	33	181	-	-		2.844
155		06	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni senza CC	5.909	4.432	34	144	-	-		4.432
156		06	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età < 18 anni	2.993	2.245	30	127	-	-		2.245
157		06	Interventi su ano e stoma, con CC	3.083	1.202	9	156	2	1.202		1.202
158		06	Interventi su ano e stoma, senza CC	1.202	1.202	4	69	-	-		1.202
159		06	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni con CC	3.649	1.583	12	144	3	1.583		1.583
160		06	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	1.583	1.583	16	56	-	-		1.583
161		06	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni con CC	2.771	1.168	7	154	3	1.168		1.168
162		06	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	1.168	1.168	4	70	-	-		1.168
163		06	Interventi per ernia, età < 18 anni	1.093	1.093	4	149	-	-		1.093
164		06	Appendicectomia con diagnosi principale complicata, con CC	6.174	2.475	13	419	4	3.300		2.475
165		06	Appendicectomia con diagnosi principale complicata, senza CC	3.300	2.475	10	345	-	-		2.475
166		06	Appendicectomia con diagnosi principale non complicata, con CC	3.957	1.913	8	277	3	2.551		1.913
167		06	Appendicectomia con diagnosi principale non complicata, senza CC	2.551	1.913	9	261	-	-		1.913
168		03	Interventi sulla bocca, con CC	3.784	1.442	8	192	3	1.442		1.442
169		03	Interventi sulla bocca, senza CC	1.442	1.442	9	183	-	-		1.442
170		06	Altri interventi sull'apparato digerente, con CC	7.496	2.974	21	302	5	3.965		2.974
171		06	Altri interventi sull'apparato digerente, senza CC	3.965	2.974	31	147	-	-		2.974

DRG	TipTar_SDO	MDC	DesDRG	TarOrd	TarUno	ValSoA	TarSoA	ValSoNC	TarSoNC	ValSoTG	TarDH
172		06	Neoplasie maligne dell'apparato digerente, con CC	4.501	195	17	198	5	2.561		195
173		06	Neoplasie maligne dell'apparato digerente, senza CC + intervento 4233 o 4543 o 4341 (Mucosectomia/dissezione sottomucosa endoscopica ...)	4.239	4.239	26	138	-	-		4.239
173		06	Neoplasie maligne dell'apparato digerente, senza CC	2.561	195	26	138	-	-		195
174		06	Emorragia gastrointestinale, con CC	3.298	189	11	168	5	2.023		189
175		06	Emorragia gastrointestinale, senza CC	2.023	189	18	127	-	-		189
176		06	Ulcera peptica complicata	3.230	255	25	203	-	-		255
177		06	Ulcera peptica non complicata, con CC	2.401	195	11	129	5	1.962		195
178		06	Ulcera peptica non complicata, senza CC	1.962	195	18	128	-	-		195
179		06	Malattie infiammatorie dell'intestino	3.236	223	26	168	-	-		223
180		06	Occlusione gastrointestinale, con CC	2.796	170	12	175	4	1.732		170
181		06	Occlusione gastrointestinale, senza CC	1.732	170	17	129	-	-		170
182		06	Esofagite, gastroenterite e miscelanea di malattie dell'apparato digerente, età >17 anni con CC	1.768	168	10	153	4	1.072		168
183		06	Esofagite, gastroenterite e miscelanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	1.072	168	18	68	-	-	4	168
184		06	Esofagite, gastroenterite e miscelanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni	1.094	316	4	125	-	-	4	316
185		03	Malattie dei denti e del cavo orale, eccetto estrazione e riparazione, età > 17 anni	2.461	300	15	257	-	-		300
186		03	Malattie dei denti e del cavo orale, eccetto estrazione e riparazione, età < 18 anni	1.526	241	9	178	-	-		241
187		03	Estrazioni e riparazioni dentali	1.001	446	4	154	-	-	3	446
188		06	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni con CC	2.893	164	12	191	3	1.544		164
189		06	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	1.544	164	15	139	-	-	4	164
190		06	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età < 18 anni	2.092	406	9	274	-	-		406
191		07	Interventi su pancreas, fegato e di shunt con CC	18.833	5.662	27	345	9	7.549		5.662
192		07	Interventi su pancreas, fegato e di shunt senza CC	7.549	5.662	48	147	-	-		5.662
193		07	Interventi sulle vie biliari eccetto colecistectomia isolata con o senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	13.064	4.589	30	254	13	6.118		4.589
194		07	Interventi sulle vie biliari, eccetto colecistectomia isolata con o senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	6.118	4.589	51	146	-	-		4.589
195		07	Colecistectomia con esplorazione del dotto biliare comune, con CC	9.071	3.702	27	259	8	4.936		3.702
196		07	Colecistectomia con esplorazione del dotto biliare comune, senza CC	4.936	3.702	46	170	-	-		3.702
197		07	Colecistectomia eccetto laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune, con CC	6.133	2.459	19	208	6	3.279		2.459
198		07	Colecistectomia eccetto laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune, senza CC	3.279	2.459	19	201	-	-		2.459
199		07	Procedure diagnostiche epatobiliari per neoplasie maligne	8.684	6.513	60	248	-	-		6.513
200		07	Procedure diagnostiche epatobiliari non per neoplasie maligne	10.107	7.580	53	287	-	-		7.580
201		07	Altri interventi epatobiliari o sul pancreas	9.234	6.926	72	262	-	-		6.926
202		07	Cirrosi e epatite alcolica	3.909	237	29	192	-	-		237
203		07	Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	4.052	256	34	183	-	-		256
203		07	Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas (con cod. di procedura 3891 + 9925 "Chemioemb. epatica")	4.052	1.823	34	183	2	1.823		1.823
204		07	Malattie del pancreas eccetto neoplasie maligne	3.791	245	26	179	-	-		245
205		07	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica, con CC	2.979	171	13	187	6	2.167		171
206		07	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica, senza CC	2.167	171	29	146	-	-	4	171
207		07	Malattie delle vie biliari, con CC	2.144	152	13	158	5	1.171		152
208		07	Malattie delle vie biliari, senza CC	1.171	152	19	56	-	-	4	152
210		08	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni con CC	6.920	3.341	19	188	6	4.455		3.341
211		08	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC	4.455	3.341	34	152	-	-		3.341
212		08	Interventi su anca e femore eccetto articolazioni maggiori, età < 18 anni	3.880	2.910	30	154	-	-		2.910

DRG	TipTar_SDO	MDC	DesDRG	TarOrd	TarUno	ValSoA	TarSoA	ValSoNC	TarSoNC	ValSoTG	TarDH
213		08	Amputazioni per malattie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	5.835	4.376	103	172	-	-		4.376
216		08	Biopsie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	6.449	4.837	34	419	-	-		4.837
217		08	Sbrigliamento ferita e trapianto cutaneo eccetto mano, per malattie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	7.678	5.759	24	364	-	-		5.759
218		08	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni con CC	6.432	2.652	17	158	5	3.536		2.652
219		08	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC	3.536	2.652	22	154	-	-		2.652
220		08	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età < 18 anni	3.186	2.390	13	234	-	-		2.390
223		08	Interventi maggiori su spalla e gomito o altri interventi su arto superiore con CC	2.640	1.980	4	181	-	-		1.980
224		08	Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC	2.086	2.086	12	168	-	-		2.086
225		08	Interventi sul piede	2.129	2.129	8	208	-	-		2.129
225		08	Interventi sul piede (in Chir. a bassa complessità BIC; MPR: 7756)	1.779	1.779	8	-	-	-		1.779
226		08	Interventi sui tessuti molli con CC	6.365	1.555	14	213	2	1.555		1.555
227		08	Interventi sui tessuti molli senza CC	1.555	1.555	9	213	-	-		1.555
227		08	Interventi sui tessuti molli senza CC (in Chir. a bassa complessità BIC; MPR: 8301)	1.297	1.297	9	-	-	-		1.297
228		08	Interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi mano o polso con CC	2.383	1.787	12	216	-	-		1.787
228		08	Interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi mano o polso con CC (in Chir. a bassa complessità BIC; MPR: 8172, 8175)	1.752	1.752	12	-	-	-		1.752
229		08	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC (in Chir. a bassa complessità BIC; MPR: 8253)	1.429	1.429	4	-	-	-		1.429
229		08	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	1.266	1.266	4	220	-	-		1.266
229		08	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC (in Chir. a bassa complessità BIC; MPR: 0443)	875	875	4	-	-	-		875
229		08	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC (in Chir. a bassa complessità BIC; MPR: 8245)	1.260	1.260	4	-	-	-		1.260
229		08	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC (in Chir. a bassa complessità BIC; MPR: 8074, 8201, 8212, 8221, 8229, 8231, 8233, 8239, 8291)	1.105	1.105	4	-	-	-		1.105
230		08	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissaggio intramidollare di anca e femore	2.985	2.239	12	234	-	-		2.239
232		08	Artroscopia (in Chir. a bassa complessità BIC; MPR: 8023, 8026)	1.321	1.321	4	-	-	-		1.321
232		08	Artroscopia	1.419	1.419	4	131	-	-		1.419
233		08	Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo con CC	7.089	2.180	15	196	2	2.907		2.180
234		08	Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza CC	2.907	2.180	12	175	-	-		2.180
235		08	Fratture del femore	3.467	264	56	198	-	-		264
236		08	Fratture dell'anca e della pelvi	3.311	263	31	156	-	-		263
237		08	Distorsioni, stiramenti e lussazioni di anca, pelvi e coscia	1.865	140	30	110	-	-		140
238		08	Osteomielite	5.349	282	55	201	-	-		282
239		08	Fratture patologiche e neoplasie maligne del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	4.150	241	33	163	-	-		241
240		08	Malattie del tessuto connettivo, con CC	3.210	147	16	151	6	2.057		147
241		08	Malattie del tessuto connettivo, senza CC	2.057	147	22	92	-	-	4	147
242		08	Artrite settica	3.908	202	50	168	-	-		202
243		08	Affezioni mediche del dorso	1.199	160	22	69	-	-	4	160
244		08	Malattie dell'osso e artropatie specifiche, con CC	2.468	142	13	123	5	1.637		142
245		08	Malattie dell'osso e artropatie specifiche, senza CC	1.637	142	24	111	-	-	4	142
246		08	Artropatie non specifiche	2.035	167	24	134	-	-		167
247		08	Segni e sintomi relativi al sistema muscolo-scheletrico e al tessuto connettivo	1.930	183	20	148	-	-		183
248		08	Tendinite, miosite e borsite	2.258	222	23	178	-	-	5	222
249		08	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	2.365	245	19	245	-	-	5	245
250		08	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni con CC	2.602	289	8	214	2	1.411		289

DRG	TipTar_SDO	MDC	DesDRG	TarOrd	TarUno	ValSoA	TarSoA	ValSoNC	TarSoNC	ValSoTG	TarDH
251		08	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni senza CC	1.411	289	9	214	-	-	4	289
252		08	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età < 18 anni	1.157	347	7	226	-	-	4	347
253		08	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni con CC	2.690	173	10	178	3	1.359		173
254		08	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni senza CC	1.359	173	12	156	-	-	4	173
255		08	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età < 18 anni	1.406	286	4	216	-	-		286
256		08	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	2.177	257	13	189	-	-	4	257
257	L	09	Mastectomia totale per T.M. con CC + Tipo Tar. SDO = "L" (senza esame linfonodo sentinella)	4.825	3.619	20	118	-	-		3.619
257	K	09	Mastectomia totale per T.M. con CC + Tipo Tar. SDO = "K" (esame linfon. sentinella + ev. linfoaden. rad.)	6.093	4.548	20	118	-	-		4.548
257	K	09	Mastectomia totale per T.M. con CC + Interventi 854* (mastectomia) e 8595 (inserz. protesi) + Tipo Tar. SDO = "K" (esame linfon. sentinella + ev. linfoaden. rad.)	6.587	4.548	20	118	-	-		4.548
257	L	09	Mastectomia totale per T.M. con CC + Interventi 854* (mastectomia) e 8595 (inserz. protesi) + Tipo Tar. SDO = "L" (senza esame linfonodo sentinella)	5.273	3.955	20	118	-	-		3.955
258	L	09	Mastectomia totale per T.M. senza CC + Interventi 854* (mastectomia) e 8595 (inserz. protesi) + Tipo Tar. SDO = "L" (senza esame linfonodo sentinella)	3.902	2.927	16	113	-	-		2.927
258	K	09	Mastectomia totale per T.M. senza CC + Tipo Tar. SDO = "K" (esame linfon. sentinella + ev. linfoaden. rad.)	4.585	3.467	16	113	-	-		3.467
258	L	09	Mastectomia totale per T.M. senza CC + Tipo Tar. SDO = "L" (senza esame linfonodo sentinella)	3.454	2.591	16	113	-	-		2.591
258	K	09	Mastectomia totale per T.M. senza CC + Interventi 854* (mastectomia) e 8595 (inserz. protesi) + Tipo Tar. SDO = "K" (esame linfon. sentinella + ev. linfoaden. rad.)	5.078	3.467	16	113	-	-		3.467
259	L	09	Mastectomia subtotale per T.M. con CC + Tipo Tar. SDO = "L" (senza esame linfonodo sentinella)	4.617	3.463	15	125	-	-		3.463
259	K	09	Mastectomia subtotale per T.M. con CC + Tipo Tar. SDO = "K" (esame linfon. sentinella + ev. linfoaden. rad.)	5.840	4.362	15	125	-	-		4.362
260	K	09	Mastectomia subtotale per T.M. senza CC + Tipo Tar. SDO = "K" (esame linfon. sentinella + ev. linfoaden. rad.)	3.716	2.842	13	115	-	-		2.842
260	L	09	Mastectomia subtotale per T.M. senza CC + Tipo Tar. SDO = "L" (senza esame linfonodo sentinella)	2.686	2.015	13	115	-	-		2.015
261		09	Interventi sulla mammella non per neoplasie maligne eccetto biopsia e escissione locale	2.415	1.811	9	219	-	-		1.811
262		09	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	979	979	4	84	-	-		979
263		09	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti per ulcere della pelle o cellulite con CC	9.059	3.184	25	192	5	4.245		3.184
264		09	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti per ulcere della pelle o cellulite senza CC	4.245	3.184	35	130	-	-		3.184
265		09	Trapianti pelle e/o sbrigl. escl. ulcere con CC + Interventi 854* (mastectomia) e 8585 (ricostuzione mammella con lembi muscolari)	6.355	4.766	23	188	-	-		4.766
265		09	Trapianti pelle e/o sbrigl. escl. ulcere con CC	4.092	3.069	23	188	-	-		3.069
266		09	Trapianti pelle e/o sbrigl. escl. ulcere senza CC + Interventi 854* (mastectomia) e 8585 (ricostuzione mammella con lembi muscolari)	3.972	2.979	12	150	-	-		2.979
266		09	Trapianti pelle e/o sbrigl. escl. ulcere senza CC	1.298	1.298	12	153	-	-		1.298
267		09	Interventi perianali e pilonidali	1.531	1.531	4	102	-	-		1.531
268		09	Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	1.958	1.958	10	230	-	-		1.958
269		09	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella con CC	2.744	1.169	12	230	2	1.169		1.169
270		09	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	1.169	1.169	13	81	-	-		1.169
271		09	Ulcere della pelle	4.106	196	36	120	-	-		196
272		09	Malattie maggiori della pelle con CC	2.975	123	17	127	8	2.185		123
273		09	Malattie maggiori della pelle senza CC	2.185	123	30	98	-	-		123
274		09	Neoplasie maligne della mammella con CC	3.798	195	13	217	4	2.213		195
275		09	Neoplasie maligne della mammella senza CC	2.213	195	28	178	-	-		195
276		09	Patologie non maligne della mammella	1.101	250	13	98	-	-	4	250
277		09	Cellulite età > 17 anni con CC	3.006	190	14	138	6	2.049		190
278		09	Cellulite età > 17 anni senza CC	2.049	190	22	138	-	-		190

DRG	TipTar_SDO	MDC	DesDRG	TarOrd	TarUno	ValSoA	TarSoA	ValSoNC	TarSoNC	ValSoTG	TarDH
279		09	Cellulite età < 18 anni	2.243	312	16	267	-	-		312
280		09	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni con CC	1.387	200	8	205	2	764		200
281		09	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC	764	200	9	82	-	-	4	200
282		09	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18 anni	809	390	4	99	-	-	4	390
283		09	Malattie minori della pelle con CC	1.302	134	11	61	3	797		134
284		09	Malattie minori della pelle senza CC	797	134	19	58	-	-	4	134
285		10	Amputazioni di arto inferiore per malattie endocrine, nutrizionali o metaboliche	9.068	6.801	84	174	-	-		6.801
286		10	Interventi sul surrene e sulla ipofisi	8.578	6.434	24	351	-	-		6.434
287		10	Trapianti cutanei e sbrigliamento di ferite per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	5.685	4.264	42	322	-	-		4.264
288		10	Interventi per obesità	5.681	4.261	16	369	-	-		4.261
289		10	Interventi sulle paratiroidi	3.482	2.612	27	182	-	-		2.612
290		10	Interventi sulla tiroide	3.311	2.483	10	175	-	-		2.483
291		10	Interventi sul dotto tireoglosso	1.630	1.223	11	181	-	-		1.223
292		10	Altri interventi per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche con CC	9.591	7.193	78	356	-	-		7.193
293		10	Altri interventi per mal. endocrine, nutrizionali e metaboliche senza CC	3.512	2.634	38	216	-	-		2.634
293		10	Altri interventi per mal. endocrine, nutrizionali e metaboliche senza CC (Con cod. di interv. principale 9230 o 9231 o 9232 o 9233 "Radiochirurgia ...")	6.272	6.272	40	254	-	-		6.272
294		10	Diabete età > 35 anni	1.391	182	20	65	-	-	4	182
295		10	Diabete età < 36 anni	2.317	234	20	180	-	-	4	234
296		10	Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni con CC	2.734	162	12	162	4	1.758		162
297		10	Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni senza CC + intervento 4493 (Inserzione di bolla gastrica)	1.758	1.758	20	118	-	-		1.758
297		10	Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni senza CC	1.758	162	20	118	-	-		162
298		10	Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età < 18 anni	1.437	192	10	155	-	-		192
299		10	Difetti congeniti del metabolismo	2.074	156	17	178	-	-	4	156
300		10	Malattie endocrine, con CC	1.616	164	13	160	5	1.084		164
301		10	Malattie endocrine, senza CC	1.084	164	21	66	-	-	4	164
302		11	Trapianto renale	29.001	21.751	43	382	-	-		21.751
303		11	Interventi su rene e uretere per neoplasia	9.292	6.969	39	256	-	-		6.969
304		11	Interventi su rene e uretere, non per neoplasia con CC	6.107	3.430	16	313	6	4.573		3.430
305		11	Interventi su rene e uretere, non per neoplasia senza CC	4.573	3.430	21	172	-	-		3.430
306		11	Prostatectomia, con CC	4.230	1.967	10	182	4	2.623		1.967
307		11	Prostatectomia, senza CC	2.623	1.967	14	135	-	-		1.967
308		11	Interventi minori sulla vescica, con CC	4.220	1.803	10	196	3	2.404		1.803
309		11	Interventi minori sulla vescica, senza CC	2.404	1.803	16	117	-	-		1.803
310		11	Interventi per via transuretrale, con CC	3.290	1.736	9	159	3	2.314		1.736
311		11	Interventi per via transuretrale, senza CC	2.314	1.736	12	134	-	-		1.736
312		11	Interventi sull'uretra, età > 17 anni con CC	3.261	1.313	8	128	2	1.750		1.313
313		11	Interventi sull'uretra, età > 17 anni senza CC	1.750	1.313	11	118	-	-		1.313
314		11	Interventi sull'uretra, età < 18 anni	1.860	1.395	20	129	-	-		1.395
315		11	Altri interventi sul rene e sulle vie urinarie	4.278	3.209	40	203	-	-		3.209
316		11	Insufficienza renale	4.014	257	29	213	-	-		257
317		11	Ricovero per dialisi renale	1.381	138	30	159	-	-	4	138

DRG	TipTar_SDO	MDC	DesDRG	TarOrd	TarUno	ValSoA	TarSoA	ValSoNC	TarSoNC	ValSoTG	TarDH
318		11	Neoplasie del rene e delle vie urinarie con CC	3.593	187	15	187	4	1.986		187
319		11	Neoplasie del rene e delle vie urinarie senza CC	1.986	187	28	135	-	-		187
320		11	Infezioni del rene e delle vie urinarie, età > 17 anni con CC	2.701	183	11	163	5	1.883		183
321		11	Infezioni del rene e delle vie urinarie, età > 17 anni senza CC	1.883	183	18	145	-	-		183
322		11	Infezioni del rene e delle vie urinarie, età < 18 anni	1.965	263	13	197	-	-		263
323		11	Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia ESW	2.234	417	16	248	-	-	4	417
323		11	Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia ESW (Con codice di intervento principale 9851 "Litotripsia extra-corporea del rene, uretere e/o vescica")	2.681	502	8	241	-	-		502
324		11	Calcolosi urinaria, senza CC	680	129	12	56	-	-	4	129
325		11	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni con CC	1.262	161	9	160	3	998		161
326		11	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	998	161	15	54	-	-	4	161
327		11	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età < 18 anni	2.030	367	10	252	-	-	4	367
328		11	Stenosi uretrale, età > 17 anni con CC	2.317	149	9	171	2	1.255		149
329		11	Stenosi uretrale, età > 17 anni senza CC	1.255	149	18	144	-	-	4	149
330		11	Stenosi uretrale, età < 18 anni	1.014	134	18	100	-	-		134
331		11	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni con CC	2.921	161	11	173	4	1.700		161
332		11	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	1.700	161	20	119	-	-	4	161
333		11	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni	2.725	308	15	222	-	-	4	308
334		12	Interventi maggiori sulla pelvi maschile con CC	6.183	3.424	13	195	8	4.565		3.424
335		12	Interventi maggiori sulla pelvi maschile senza CC	4.565	3.424	16	188	-	-		3.424
336		12	Prostatectomia transuretrale, con CC	3.394	1.783	9	130	4	2.377		1.783
337		12	Prostatectomia transuretrale senza CC	2.377	1.783	12	127	-	-		1.783
338		12	Interventi sul testicolo per neoplasia maligna	2.669	2.002	15	187	-	-		2.002
339		12	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni	1.623	1.623	4	326	-	-		1.623
340		12	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni	1.175	1.175	4	243	-	-		1.175
341		12	Interventi sul pene	2.774	2.081	15	319	-	-		2.081
342		12	Circoncisione età > 17 anni	1.180	1.180	7	331	-	-		1.180
342		12	Circoncisione età > 17 anni (in Chir. a bassa complessità BIC; MPR: 640)	1.013	1.013	7	-	-	-		1.013
343		12	Circoncisione età < 18 anni (in Chir. a bassa complessità BIC; MPR: 640)	1.013	1.013	4	-	-	-		1.013
343		12	Circoncisione età < 18 anni	840	840	4	261	-	-		840
344		12	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile per neoplasie maligne	3.286	2.465	36	146	-	-		2.465
345		12	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne	2.187	1.640	26	144	-	-		1.640
346	N	12	T.M. app. riproduttivo maschile con CC + Tipo Tar. SDO = "N"	3.367	206	34	167	-	-		206
346		12	Neoplasie maligne dell'apparato genitale maschile, con CC	3.367	206	34	167	-	-		206
346	M	12	T.M. app. riproduttivo maschile con CC + intervento 6011 (agobiopsia prostata) + Tipo Tar. SDO = "M" (spec. mapping prostatico)	3.367	964	34	167	-	-		964
347	N	12	T.M. app. riproduttivo maschile senza CC + Tipo Tar. SDO = "N"	1.797	189	27	131	-	-		189
347	M	12	T.M. app. riproduttivo maschile senza CC + intervento 6011 (agobiopsia prostata) + Tipo Tar. SDO = "M" (spec. mapping prostatico)	1.797	872	27	131	-	-		872
347		12	T.M. app. riproduttivo maschile senza CC	1.797	189	27	131	-	-		189
348		12	Ipertrofia prostatica benigna, con CC	2.146	146	9	145	2	1.207		146
349		12	Ipertrofia prostatica benigna, senza CC	1.207	146	20	123	-	-	4	146
350		12	Infiammazioni dell'apparato riproduttivo maschile	2.212	261	16	214	-	-		261
351		12	Sterilizzazione maschile	878	350	3	307	-	-	3	350
352		12	Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile	1.613	340	4	254	-	-	4	340

DRG	TipTar_SDO	MDC	DesDRG	TarOrd	TarUno	ValSoA	TarSoA	ValSoNC	TarSoNC	ValSoTG	TarDH
353		13	Eviscerazione pelvica, isterectomia radicale e vulvectomia radicale (con Cod. Interv. 688, secondo le indicazioni di cui all'allegato 12 DGR 2009_10804)	22.523	16.892	26	242	-	-		16.892
353		13	Eviscerazione pelvica, isterectomia radicale e vulvectomia radicale	9.157	6.868	26	242	-	-		6.868
354		13	Interventi su utero e su annessi per neoplasie maligne non dell'ovaio o degli annessi con CC	9.414	3.425	17	130	5	4.567		3.425
355		13	Interventi su utero e su annessi per neoplasie maligne non dell'ovaio o degli annessi senza CC	4.567	3.425	15	130	-	-		3.425
356		13	Interventi ricostruttivi dell'apparato riproduttivo femminile	2.950	2.213	14	124	-	-		2.213
357		13	Interventi su utero e annessi per neoplasie maligne dell'ovaio o degli annessi	7.713	5.785	31	278	-	-		5.785
358		13	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne, con CC	4.829	2.234	10	168	3	2.978		2.234
359		13	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne, senza CC	2.978	2.234	15	168	-	-		2.234
360		13	Interventi su vagina, cervice e vulva	1.007	1.007	11	302	-	-		1.007
361		13	Laparoscopia e occlusione laparotomica delle tube	1.918	1.439	4	450	-	-		1.439
362		13	Occlusione endoscopica delle tube	1.450	1.450	4	327	-	-		1.450
363		13	Dilatazione e raschiamento, conizzazione e impianto materiale radioattivo per neoplasie maligne (in Chir. a bassa complessità BIC; MPR: 6816, 6909)	946	946	9	-	-	-		946
363		13	Dilatazione e raschiamento, conizzazione e impianto materiale radioattivo per neoplasie maligne	1.375	1.375	9	230	-	-		1.375
364		13	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne (in Chir. a bassa complessità BIC; MPR: 6816, 6909)	919	919	4	-	-	-		919
364		13	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	917	917	4	165	-	-		917
365		13	Altri interventi sull'apparato riproduttivo femminile	2.194	2.194	29	235	-	-		2.194
366		13	Neoplasie maligne apparato riproduttivo femminile, con CC	4.886	251	17	210	3	2.494		251
367		13	Neoplasie maligne dell'apparato riproduttivo femminile, senza CC	2.494	251	18	140	-	-		251
368		13	Infezioni dell'apparato riproduttivo femminile	1.656	262	13	293	-	-		262
369		13	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	881	159	9	228	-	-	4	159
370		14	Parto cesareo con CC	2.318	1.569	7	240	-	-		1.569
371		14	Parto cesareo senza CC	2.092	1.569	10	190	-	-		1.569
372		14	Parto vaginale con diagnosi complicanti	2.318	493	7	240	-	-		493
373		14	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	2.092	493	4	190	-	-		493
374		14	Parto vaginale con sterilizzazione e/o dilatazione e raschiamento	2.092	493	7	190	-	-		493
375		14	Parto vaginale con altro intervento eccetto sterilizzazione e/o dilatazione e raschiamento	2.097	493	7	190	-	-		493
376		14	Diagnosi relative a postparto e postaborto senza intervento chirurgico	1.058	201	7	137	-	-		201
377		14	Diagnosi relative a postparto e postaborto con intervento chirurgico	2.014	2.014	13	375	-	-		2.014
378		14	Gravidanza ectopica	2.109	363	10	246	-	-		363
379		14	Minaccia di aborto	1.054	195	12	104	-	-		195
380		14	Aborto senza dilatazione e raschiamento	1.246	343	4	164	-	-		343
381		14	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	952	952	4	164	-	-		952
382		14	Falso travaglio	482	56	16	48	-	-		56
383		14	Altre diagnosi preparto con complicazioni mediche	1.017	107	6	139	4	830		107
384		14	Altre diagnosi preparto senza complicazioni mediche	830	107	12	101	-	-	4	107
385		15	Neonati morti o trasferiti ad altre strutture di assistenza per acuti	5.371	260	22	247	-	-		260
386		15	Neonati gravemente immaturi o con sindrome da distress respiratorio (con diagnosi principale indicativa di peso inferiore 1000 g)	55.000	203	138	190	45	11.000		203
386		15	Neonati gravemente immaturi o con sindrome da distress respiratorio (con diagnosi principale indicativa di peso tra 1000 e 1750 g)	28.000	203	138	190	20	11.000		203
386		15	Neonati gravemente immaturi o con sindrome da distress respiratorio (con diagnosi principale indicativa di peso superiore 1750 g o non dichiarato)	11.000	203	138	190	4	786		203
387		15	Prematurità con affezioni maggiori	13.732	203	67	170	4	786		203

DRG	TipTar_SDO	MDC	DesDRG	TarOrd	TarUno	ValSoA	TarSoA	ValSoNC	TarSoNC	ValSoTG	TarDH
388		15	Prematurità senza affezioni maggiori	4.708	203	26	170	4	786		203
389		15	Neonati a termine con affezioni maggiori	3.890	203	16	190	4	786		203
390		15	Neonati con altre affezioni significative	2.301	203	11	190	4	786		203
391		15	Neonato normale	786	203	8	-	-	-		203
392		16	Splenectomia, età > 17 anni	11.793	8.845	34	485	-	-		8.845
393		16	Splenectomia, età < 18 anni	4.982	3.737	22	342	-	-		3.737
394		16	Altri interventi sugli organi emopoietici	4.291	3.218	23	324	-	-		3.218
395		16	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	1.676	165	25	59	-	-	5	165
396		16	Anomalie dei globuli rossi, età < 18 anni	2.164	239	16	181	-	-	4	239
397		16	Disturbi della coagulazione	3.333	280	24	223	-	-		280
398		16	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario con CC	3.450	224	13	200	4	2.255		224
399		16	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario senza CC	2.255	224	19	162	-	-	4	224
401		17	Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici con CC	7.396	2.219	22	233	4	2.958		2.219
402		17	Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici senza CC	2.958	2.219	34	122	-	-		2.219
403		17	Linfoma e leucemia non acuta con CC	4.782	209	18	201	6	2.780		209
404		17	Linfoma e leucemia non acuta senza CC	2.780	209	26	142	-	-	5	209
405		17	Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, età < 18 anni	4.799	335	30	203	-	-		335
406		17	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori con CC	7.307	3.617	17	254	6	4.822		3.617
407		17	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori senza CC	4.822	3.617	26	125	-	-		3.617
408		17	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi	4.210	3.158	14	251	-	-		3.158
409		17	Radioterapia	4.041	418	32	189	-	-	4	418
409		17	Radioterapia (con Dia Pr. V580, Dia Sec. 1550 e Interv. 9228 radioemb. microsferi Yttrio-90 ... V. indicazioni allegato 12)	9.510	7.132	32	189	-	-		7.132
410	I	17	Chemioterapia senza dia. secondaria di leucemia acuta + Tipo Tar. SDO = "I"	2.298	454	9	215	-	-	3	454
410	J	17	Chemioterapia senza dia. secondaria di leucemia acuta + Tipo Tar. SDO = "J" (rimborso del farmaco tramite file F)	2.298	47	9	215	-	-	3	47
410	I	17	Chemioterapia senza dia. secondaria di leucemia acuta + Tipo Tar. SDO = "I" + Dia Ematologiche complicanti (codici da 200.xx a 208.xx)	2.298	613	9	215	-	-	3	613
410		17	Chemioterapia senza dia. secondaria di leucemia acuta (solo per ricoveri in DO)	2.298	442	9	215	-	-	3	442
411		17	Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	1.429	135	18	124	-	-	4	135
412		17	Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia	1.454	150	12	147	-	-	4	150
413		17	Altre alterazioni mieloproliferative e neoplasie poco differenziate, con CC	3.179	150	15	149	6	2.421		150
414		17	Altre alterazioni mieloproliferative e neoplasie poco differenziate, senza CC	2.421	150	34	107	-	-		150
417		18	Setticemia, età < 18 anni	3.155	228	23	201	-	-		228
418		18	Infezioni post-chirurgiche e post-traumatiche	3.451	251	29	169	-	-		251
419		18	Febbre di origine sconosciuta, età > 17 anni con CC	2.710	184	11	179	5	2.086		184
420		18	Febbre di origine sconosciuta, età > 17 anni senza CC	2.086	184	22	143	-	-		184
421		18	Malattie di origine virale, età > 17 anni	2.184	219	17	169	-	-		219
422		18	Malattie di origine virale e febbre di origine sconosciuta, età < 18 anni	2.257	370	10	291	-	-		370
423		18	Altre diagnosi relative a malattie infettive e parassitarie	4.155	301	34	274	-	-		301
424		19	Interventi chirurgici di qualunque tipo in pazienti con diagnosi principale di malattia mentale	7.824	5.868	47	289	-	-		5.868
425		19	Reazione acuta di adattamento e disfunzione psicosociale	2.259	195	18	170	-	-		195
426		19	Nevrosi depressive	1.455	158	22	50	-	-	5	158
427		19	Nevrosi eccetto nevrosi depressive	1.309	179	25	58	-	-	5	179
428		19	Disturbi della personalità e del controllo degli impulsi	3.135	192	34	130	-	-		192

DRG	TipTar_SDO	MDC	DesDRG	TarOrd	TarUno	ValSoA	TarSoA	ValSoNC	TarSoNC	ValSoTG	TarDH
429		19	Disturbi organici e ritardo mentale	2.286	201	29	66	-	-	5	201
430		19	Psicosi	3.789	180	38	110	-	-		180
431		19	Disturbi mentali dell'infanzia	2.434	232	23	116	-	-		232
432		19	Altre diagnosi relative a disturbi mentali	2.147	242	16	210	-	-		242
433		20	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci; dimesso contro il parere dei sanitari	1.087	195	10	140	-	-		195
439		21	Trapianti di pelle per traumatismo	4.324	3.243	38	204	-	-		3.243
440		21	Sbrigliamento di ferite per traumatismo	5.542	4.157	40	259	-	-		4.157
441		21	Interventi sulla mano per traumatismo	2.414	1.811	12	250	-	-		1.811
442		21	Altri interventi chirurgici per traumatismo, con CC	7.762	2.558	17	250	3	3.411		2.558
443		21	Altri interventi chirurgici per traumatismo, senza CC	3.411	2.558	19	118	-	-		2.558
444		21	Traumatismi, età > 17 anni, con CC	2.859	227	10	200	3	1.768		227
445		21	Traumatismi, età > 17 anni, senza CC	1.768	227	10	158	-	-		227
446		21	Traumatismi, età < 18 anni	1.423	336	7	249	-	-		336
447		21	Reazioni allergiche, età > 17 anni	1.467	204	14	159	-	-		204
448		21	Reazioni allergiche, età < 18 anni	951	183	7	185	-	-		183
449		21	Avvelenamenti ed effetti tossici farmaci, età > 17 anni con CC	2.303	174	10	198	3	1.389		174
450		21	Avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci, età > 17 anni senza CC	1.389	174	11	164	-	-		174
451		21	Avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci, età < 18 anni	1.675	461	4	368	-	-		461
452		21	Complicazioni di trattamenti, con CC	2.265	138	12	147	3	1.428		138
453		21	Complicazioni di trattamenti, senza CC	1.428	138	19	106	-	-		138
454		21	Altre diagnosi di traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici, con CC	2.593	133	10	254	3	1.440		133
455		21	Altre diagnosi di traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici, senza CC	1.440	133	28	127	-	-		133
461		23	Intervento con diagnosi di altro contatto con i servizi sanitari	2.500	1.875	22	156	-	-		1.875
462		23	Riabilitazione	1.943	138	34	114	-	-		138
463		23	Segni e sintomi con CC	2.802	177	13	123	4	1.688		177
464		23	Segni e sintomi senza CC	1.688	177	17	123	-	-		177
465		23	Assistenza riabilitativa con anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	1.078	232	10	93	-	-	4	232
466		23	Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	1.646	217	9	183	-	-	5	217
467		23	Altri fattori che influenzano lo stato di salute (prelievo di midollo Dia=V593, Int=4191 / prelievo di cellule staminali Dia=V5902, Int=9979)	-	-	9	-	-	-		-
467		23	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	934	225	9	64	-	-	5	225
468		NA	Intervento chirurgico esteso non correlato con la diagnosi principale	6.695	5.021	58	348	-	-		5.021
469		NA	Diagnosi principale non valida come diagnosi di dimissione	435	-	16	45	-	-		-
470		NA	Non attribuibile ad altro DRG	433	-	10	52	-	-		-
471	E	08	Interventi magg. Bilaterali o multipli su articolazioni arti inf. (replica Tariffe DRG 471, se Interv. 0070, 0071, 0072, 0073, 8153 "Revisione ... Anca" + Tipo Tar. SDO = "E")	12.101	9.076	88	288	-	-		9.076
471	F	08	Interventi magg. Bilaterali o multipli su articolazioni arti inf. (replica Tariffe DRG 471, se Interv. 0070, 0071, 0072, 0073, 8153 "Revisione ... Anca" + Tipo Tar. SDO = "F")	12.101	9.076	88	288	-	-		9.076
471	G	08	Interventi magg. Bilaterali o multipli su articolazioni arti inf. (replica Tariffe DRG 471, se Interv. 0070, 0071, 0072, 0073, 8153 "Revisione ... Anca" + Tipo Tar. SDO = "G")	12.101	9.076	88	288	-	-		9.076
471	H	08	Interventi magg. Bilaterali o multipli su articolazioni arti inf. (replica Tariffe DRG 471, se Interv. 0070, 0071, 0072, 0073, 8153 "Revisione ... Anca" + Tipo Tar. SDO = "H")	12.101	9.076	88	288	-	-		9.076
471		08	Interventi magg. bilaterali o multipli su articolazioni arti inf. (se Interv. 0070, 0071, 0072, 0073, 8153 "Revisione ... Anca" Codif. anche gravità lesione: Tipo Tar. SDO = E, F, G, H)	12.101	9.076	88	288	-	-		9.076

DRG	TipTar_SDO	MDC	DesDRG	TarOrd	TarUno	ValSoA	TarSoA	ValSoNC	TarSoNC	ValSoTG	TarDH
473		17	Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, età > 17 anni	15.139	593	78	426	-	-		593
476		NA	Intervento chirurgico sulla prostata non correlato con la diagnosi principale	7.645	5.734	30	413	-	-		5.734
477		NA	Intervento chirurgico non esteso non correlato con la diagnosi principale	4.970	3.728	48	254	-	-		3.728
479		05	Altri interventi sul sistema cardiovascolare, senza CC	3.756	2.817	26	199	-	-		2.817
480		PR	Trapianto di fegato e/o trapianto di intestino	68.027	51.020	90	1.139	-	-		51.020
481	A	PR	Trapianto di midollo osseo + Tipo Tar. SDO = "A" (Tariffe comprensive della quota relativa al prelievo)	39.759	29.819	50	418	-	-		29.819
481	B	PR	Trapianto di midollo osseo + Tipo Tar. SDO = "B" (Tariffe comprensive della quota relativa al prelievo)	101.344	76.008	63	1.083	-	-		76.008
481	C	PR	Trapianto di midollo osseo + Tipo Tar. SDO = "C" (Tariffe comprensive della quota relativa al prelievo)	44.445	33.334	30	468	-	-		33.334
481	D	PR	Trapianto di midollo osseo + Tipo Tar. SDO = "D" (Tariffe comprensive della quota relativa al prelievo)	87.956	65.967	55	938	-	-		65.967
482		PR	Tracheostomia per diagnosi relative a faccia, bocca e collo	14.594	10.946	59	269	-	-		10.946
484		24	Craniotomia per traumatismi multipli rilevanti	22.206	16.655	118	1.149	-	-		16.655
485		24	Reimpianto di arti, interventi su anca e femore per traumatismi multipli rilevanti	12.660	9.495	62	283	-	-		9.495
486		24	Altri interventi chirurgici per traumatismi multipli rilevanti	18.725	14.044	51	496	-	-		14.044
487		24	Altri traumatismi multipli rilevanti	7.175	458	34	486	-	-		458
488		25	H.I.V. associato ad intervento chirurgico esteso	14.753	11.065	109	379	-	-		11.065
489		25	H.I.V. associato ad altre patologie maggiori correlate	8.186	427	53	192	-	-		427
490		25	H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate	3.517	312	29	163	-	-	4	312
491		08	Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti superiori	5.511	4.133	21	149	-	-		4.133
492		17	Chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta o con uso di alte dosi di agenti chemioterapici	10.183	613	58	691	-	-		613
493		07	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	6.438	2.126	13	194	2	2.834		2.126
494		07	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	2.834	2.126	10	183	-	-		2.126
495		PR	Trapianto di polmone	32.760	24.570	60	770	-	-		24.570
496		08	Artrodesi vertebrale con approccio anteriore/posteriore combinato	19.723	14.792	59	649	-	-		14.792
497		08	Artrodesi verterbale eccetto cervicale con CC	12.431	5.782	15	399	6	7.709		5.782
498		08	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC	7.709	5.782	21	399	-	-		5.782
499		08	Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale con CC	7.652	2.450	10	298	2	3.266		2.450
500		08	Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC	3.266	2.450	14	298	-	-		2.450
501		08	Interventi sul ginocchio con diagnosi principale di infezione con CC	14.023	3.900	41	292	6	5.200		3.900
502		08	Interventi sul ginocchio con diagnosi principale di infezione senza CC	5.200	3.900	42	265	-	-		3.900
503		08	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	1.981	1.981	4	358	-	-		1.981
503		08	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione (in Chir. a bassa complessità BIC; MPR: 806)	1.786	1.786	4	-	-	-		1.786
504		22	Ustioni estese o ustioni a tutto spessore con ventilazione meccanica per 96 ore consecutive o più, con innesto di cute	48.884	36.663	85	374	-	-		36.663
505		22	Ustioni estese o ustioni a tutto spessore con ventilazione meccanica per 96 ore consecutive o più, senza innesto di cute	22.074	501	70	313	-	-		501
506		22	Ustioni estese a tutto spessore con innesto di cute o lesione da inalazione con CC o trauma significativo	18.830	14.123	63	619	-	-		14.123
507		22	Ustioni estese a tutto spessore con innesto di cute o lesione da inalazione senza CC o trauma significativo	14.533	10.900	35	477	-	-		10.900
508		22	Ustioni estese a tutto spessore senza innesto di cute o lesione da inalazione con CC o trauma significativo	5.786	774	31	387	-	-		774
509		22	Ustioni estese a tutto spessore senza innesto di cute o lesione da inalazione senza CC o trauma significativo	4.182	558	22	306	-	-		558
510		22	Ustioni non estese con CC o trauma significativo	5.125	585	35	307	-	-		585
511		22	Ustioni non estese senza CC o trauma significativo	4.413	503	18	251	-	-		503
512		PR	Trapianto simultaneo di pancreas/rene	34.304	25.728	65	576	-	-		25.728
513		PR	Trapianto di pancreas	26.953	20.215	51	452	-	-		20.215
515		05	Impianto di defibrillatore cardiaco senza cateterismo cardiaco	19.057	14.293	51	463	-	-		14.293
518		05	Interventi su sist. cardiovasc. per via percutanea senza inserz. stent in arteria coron. o IMA (con Cod. Interv. 3596 3609 0066 3552)	4.862	3.647	7	465	-	-		3.647

DRG	TipTar_SDO	MDC	DesDRG	TarOrd	TarUno	ValSoA	TarSoA	ValSoNC	TarSoNC	ValSoTG	TarDH
518		05	Interventi su sist. cardiovasc. per via percutanea senza inserz. stent in arteria coron. o IMA	4.133	4.133	7	489	-	-		4.133
518		05	Interventi su sist. cardiovasc. per via percutanea senza inserz. stent in arteria coron. o IMA (con Cod. Interv. 3734)	4.971	3.728	7	450	-	-		3.728
519		08	Artrodesi verterbrale cervicale con CC	8.256	3.599	11	389	3	4.799		3.599
520		08	Artrodesi vertebrale cervicale senza CC	4.799	3.599	15	389	-	-		3.599
521		20	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci con CC	2.662	347	24	171	-	-		347
522		20	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci con terapia riabilitativa senza CC	2.799	392	25	156	-	-		392
523		20	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci senza terapia riabilitativa senza CC	1.436	262	22	130	-	-		262
524		01	Ischemia cerebrale transitoria	2.514	199	13	147	-	-		199
525		05	Impianto di altro sistema di assistenza cardiaca	21.232	15.924	30	547	-	-		15.924
528		01	Interventi vascolari intracranici con diagnosi principale di emorragia	11.581	8.686	39	347	-	-		8.686
529		01	Interventi di anastomosi ventricolare con CC	11.620	8.715	39	377	-	-		8.715
530		01	Interventi di anastomosi ventricolare senza CC	10.423	7.817	39	347	-	-		7.817
531		01	Interventi sul midollo spinale con CC	7.655	5.741	39	336	-	-		5.741
532		01	Interventi sul midollo spinale senza CC	8.413	6.310	39	336	-	-		6.310
533		01	Interventi vascolari extracranici con CC	4.806	3.605	16	227	-	-		3.605
534		01	Interventi vascolari extracranici senza CC	4.532	3.399	16	227	-	-		3.399
535		05	Impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco con infarto miocardico acuto, insufficienza cardiaca o shock	24.956	18.717	31	429	-	-		18.717
536		05	Impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco senza infarto miocardico acuto, insufficienza cardiaca o shock	24.956	18.717	31	429	-	-		18.717
537		08	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore con CC	2.503	2.503	4	342	-	-		2.503
537		08	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore con CC (solo mano e piede, polso e caviglia compresi: cod. interv 7864, 7868, 8003, 8004, 8007, 8008)	1.473	1.473	4	222	-	-		1.473
538		08	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC (solo mano e piede, polso e caviglia compresi: cod. interv 7864, 7868, 8003, 8004, 8007, 8008)	1.473	1.473	4	222	-	-		1.473
538		08	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	2.503	2.503	4	342	-	-		2.503
539		17	Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori con CC	9.915	7.436	28	275	-	-		7.436
540		17	Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori senza CC	9.442	7.082	28	275	-	-		7.082
541		PR	Ossigenazione extracorporea delle membrane o tracheostomia con ventilazione meccanica per 96 ore o più, o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo con intervento chirurgico maggiore (Degenza Superiore a 30 gg)	74.247	55.685	112	1.032	-	-		55.685
541		PR	Ossigenazione extracorporea delle membrane o tracheostomia con ventilazione meccanica per 96 ore o più, o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo con intervento chirurgico maggiore (Degenza Fino a 30 gg)	37.123	27.842	30	-	-	-		27.842
542		PR	Tracheostomia con ventilazione meccanica per 96 ore o più, o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo senza intervento chirurgico maggiore (Degenza Superiore a 30 gg)	74.247	55.685	112	1.032	-	-		55.685
542		PR	Tracheostomia con ventilazione meccanica per 96 ore o più, o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo senza intervento chirurgico maggiore (Degenza Fino a 30 gg)	37.123	27.842	30	-	-	-		27.842
543		01	Craniotomia con impianto di dispositivo maggiore o diagnosi principale di patologia acuta complessa del sistema nervoso centrale	11.695	8.771	39	377	-	-		8.771
544		08	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	8.443	6.332	26	267	-	-		6.332
545	E	08	Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio (replica Tariffe DRG 545, se Interv. 0070, 0071, 0072, 0073, 8153 "Revisione ... Anca" + Tipo Tar. SDO = "E")	8.534	6.401	26	268	-	-		6.401
545	F	08	Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio (replica Tariffe DRG 545, se Interv. 0070, 0071, 0072, 0073, 8153 "Revisione ... Anca" + Tipo Tar. SDO = "F")	8.534	6.401	26	268	-	-		6.401
545	G	08	Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio (replica Tariffe DRG 545, se Interv. 0070, 0071, 0072, 0073, 8153 "Revisione ... Anca" + Tipo Tar. SDO = "G")	8.534	6.401	26	268	-	-		6.401

DRG	TipTar_SDO	MDC	DesDRG	TarOrd	TarUno	ValSoA	TarSoA	ValSoNC	TarSoNC	ValSoTG	TarDH
545	H	08	Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio (replica Tariffe DRG 545, se Interv. 0070, 0071, 0072, 0073, 8153 "Revisione ... Anca" + Tipo Tar. SDO = "H")	8.534	6.401	26	268	-	-		6.401

DRG	TipTar_SDO	MDC	DesDRG	TarOrd	TarUno	ValSoA	TarSoA	ValSoNC	TarSoNC	ValSoTG	TarDH
545		08	Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio (se Interv. 0070, 0071, 0072, 0073, 8153 "Revisione ... Anca" Codif. anche gravità lesione: Tipo Tar. SDO = E, F, G, H)	8.534	6.401	26	268	-	-		6.401
546		08	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con deviazione della colonna vertebrale o neoplasia maligna	9.678	7.259	19	402	-	-		7.259
547		05	Bypass coronarico con cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore	17.855	13.391	28	387	-	-		13.391
548		05	Bypass coronarico con cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore	17.319	12.989	28	387	-	-		12.989
549		05	Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore	14.488	10.866	18	534	-	-		10.866
550		05	Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore	13.384	10.038	27	534	-	-		10.038
551		05	Impianto di pacemaker cardiaco permanente con diagnosi cardiovascolare maggiore o di defibrillatore automatico (AICD) o di generatore di impulsi	10.934	8.201	31	342	-	-		8.201
552		05	Altro impianto di pacemaker cardiaco permanente senza diagnosi cardiovascolare maggiore	7.132	7.132	27	342	-	-		7.132
553		05	Altri interventi vascolari con CC con diagnosi cardiovascolare maggiore	7.194	2.817	12	291	3	3.756		2.817
554		05	Altri interventi vascolari con CC senza diagnosi cardiovascolare maggiore	6.295	2.817	12	291	3	3.756		2.817
555		05	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con diagnosi cardiovascolare maggiore (con Diagn. Princ. 41011, 41021, 41031, 41041, 41051, 41061, 41081, 41091)	8.318	6.239	17	429	-	-		6.239
555		05	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con diagnosi cardiovascolare maggiore (con Cod. Interv. 3734)	5.910	4.433	7	450	-	-		4.433
555		05	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con diagnosi cardiovascolare maggiore (con Cod. Interv. 3596 3609 0066)	5.781	4.336	7	465	-	-		4.336
555		05	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con diagnosi cardiovascolare maggiore	5.164	3.873	7	489	-	-		3.873
556		05	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent non medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	5.604	5.604	11	479	-	-		5.604
557		05	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore	6.457	4.843	11	479	-	-		4.843
558		05	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	5.777	5.777	11	479	-	-		5.777
559		01	Attacco ischemico acuto con uso di agenti trombolitici	4.289	244	30	160	-	-		244
560		01	Infezioni batteriche e tubercolosi del sistema nervoso	7.703	365	40	284	-	-		365
561		01	Infezioni non batteriche del sistema nervoso eccetto meningite virale	6.603	313	40	284	-	-		313
562		01	Convulsioni età >17 anni con CC	1.821	175	11	179	4	1.193		175
563		01	Convulsioni età >17 anni senza CC	1.193	175	17	64	-	-	4	175
564		01	Cefalea età >17 anni	1.554	223	11	160	-	-	4	223
565		04	Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita per 96 ore o più	12.645	561	44	477	-	-		561
566		04	Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita per meno di 96 ore	11.495	561	44	477	-	-		561
567		06	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore	13.712	4.432	26	348	9	5.909		4.432
568		06	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore	13.826	4.432	26	348	9	5.909		4.432
569		06	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore	13.793	5.141	24	272	9	6.855		5.141
570		06	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore	13.730	5.141	24	272	9	6.855		5.141
571		06	Malattie maggiori dell'esofago	2.413	239	11	158	5	1.072		239
572		06	Malattie gastroenterostomicali maggiori e infezioni peritoneali	1.921	319	10	157	-	-		319
573		11	Interventi maggiori sulla vescica	10.607	7.955	39	235	-	-		7.955
574		16	Diagnosi ematologiche/immunologiche maggiori eccetto anemia falciforme e coagulopatie	2.891	258	25	166	-	-		258
575		18	Setticemia con ventilazione meccanica per 96 ore o più, età>17 anni	5.200	249	41	164	-	-		249
576		18	Setticemia senza ventilazione meccanica per 96 ore o più, età>17 anni	4.952	237	41	164	-	-		237
577		01	Inserzione di stent carotideo	6.797	5.098	11	479	-	-		5.098
578		18	Malattie infettive e parassitarie con intervento chirurgico	14.369	10.777	73	390	-	-		10.777
579		18	Infezioni post-operatorie o post-traumatiche con intervento chirurgico	12.410	9.308	73	390	-	-		9.308

DRG	TipTar_SDO	MDC	DesDRG	TarOrd	TarUno	ValSoA	TarSoA	ValSoNC	TarSoNC	ValSoTG	TarDH
-----	------------	-----	--------	--------	--------	--------	--------	---------	---------	---------	-------

DRG	Codice del DRG
TipTar_SDO	Tipo tariffa, da indicare per i DRG con tariffa differenziata che lo prevedono
MDC	Codice MDC
DesDRG	Descrizione del DRG (comprende una descrizione aggiuntiva)
TarOrd	Tariffa per ricoveri acuti, ordinari, con degenza superiore a 1 g.
TarUno	Tariffa per ricoveri acuti, ordinari, con degenza 0-1 g.
ValSoA	Valore Soglia
TarSoA	Tariffa per le giornate oltre il Valore Soglia
ValSoNC	Valore Soglia per coppie di DRG Complicato/non Complicato (v. DGR 2007/5743)
TarSoNC	Tariffa di riferimento del DRG non complicato (v. DGR 2007/5743)
ValSoTG	Valore Soglia al di sotto del quale è applicata la tariffa 0-1 g. moltiplicata per il n. delle giornate (v. DGR 2011/2057)
TarDH	Tariffa Day Hospital

ALLEGATO B) – Sub Allegato 4 “Differenziazioni tariffarie”

CHEMIO-EMBOLOZZAZIONE EPATICA

In merito alle procedure di chemio-embolizzazione epatica in corso di trattamento oncologico che afferiscono al DRG 203 (Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas), come da indicazioni di codifica contenute nella DGR n. IX/2057/2011, Allegato A (cod. 99.25 Iniezione o infusione di sostanza chemioterapica per tumore + cod. 38.91 Cateterismo arterioso), si definisce la tariffa di 1.822,82 euro da corrispondere in presenza di entrambi i suddetti codici di procedura e al di sotto del valore di degenza soglia per il riconoscimento della tariffa ordinaria (3 giorni), come di seguito esemplificato.

DRG	MDC	Tipo	Descrizione	Tariffa ordinaria	Tariffa uno	Valore Soglia	Tariffa/die oltre-soglia
203	07	M	Neopl. maligne dell'app. epatob. o del pancreas	4052	256	34	183
203	07	M	Neopl. maligne dell'app. epatob. o del pancreas (con cod. di procedura 3891 + 9925 "Chemioemb. epatica")	4052	*1.823	34	183

*tariffa ≤ 2 giorni

MASTECTOMIA TOTALE E SUB-TOTALE

In riferimento alle procedure di mastectomia totale e sub-totale (DRG 257, 258, 259 e 260) in cui sia stato eseguito anche l'esame del linfonodo sentinella, si ritiene opportuno ribadire che il riscontro di positività al suddetto esame del linfonodo sentinella non deve di per sé dar luogo alla selezione in diagnosi secondaria dei codici di secondarismo tumorale.

Tali codici potranno invece essere indicati nel caso in cui alla suddetta positività segua conferma istologica dopo linfadenectomia radicale: ciò nel rispetto del principio generale secondo cui non è lecito codificare patologie oncologiche (siano esse primarie o secondarie) in assenza di oggettivazione istologica delle stesse.

A questo proposito si ricorda altresì che l'effettuazione dell'esame del linfonodo sentinella deve essere correttamente rappresentata tramite il tipo tariffa K sulla SDO relativa al trattamento chirurgico, sia che il suddetto esame sia contestuale al ricovero in questione sia che non lo sia: in quest'ultimo caso sarà opportuno ricondurre i suddetti accessi ad un unico episodio di ricovero.

Si dispone infine, come di seguito esemplificato, di rimodulare la tariffazione del Tipo Tariffa K in considerazione dell'eventuale esecuzione della linfadenectomia radicale.

DRG	Tipo Tariffa	MDC	Tipo	Descrizione	Tariffa ordinaria	Tariffa uno	Valore Soglia	Tariffa/die oltre-soglia
257	K	09	C	Mastect. tot. e per T.M. con CC + Tipo Tar. SDO = "K" (es. linfon. sentin. + ev. linfoaden. rad.)	6.093	4.548	20	118
257	K	09	C	Mastect. tot. per T.M. con CC + Int. 854 (mastect.) e 8595 (inserz. protesi) + Tipo Tar. SDO = "K" (es. linfon. sentin. + ev. linfoaden. rad.)	6.587	4.548	20	118
258	K	09	C	Mastect. tot. per T.M. senza CC + Tipo Tar. SDO = "K" (es. linfon. sentin. + ev. linfoaden. rad.)	4.585	3.467	16	113
258	K	09	C	Mastect. tot. per T.M. senza CC + Int. 854 (mastect.) e 8595 (inserz. protesi) + Tipo Tar. SDO = "K" (es. linfon. sentin. + ev. linfoaden. rad.)	5.078	3.467	16	113
259	K	09	C	Mastect. subtot. per T.M. con CC + Tipo Tar. SDO = "K" (es. linfon. sentin. + ev. linfoaden. rad.)	5.840	4.362	15	125
260	K	09	C	Mastect. subtot. per T.M. senza CC + Tipo Tar. SDO = "K" (es. linfon. sentin. + ev. linfoaden. rad.)	3.716	2.842	13	115

Neonati patologici

DRG 386 “Neonati gravemente immaturi o con sindrome da di stress respiratorio”

Il DRG 386 “Neonati gravemente immaturi o con sindrome da di stress respiratorio” è assegnato sulla base della presenza in qualsiasi posizione di una delle seguenti diagnosi:

76501	ESTREMA IMMATURITÀ DEL NEONATO, DI PESO < 500 GRAMMI
76502	ESTREMA IMMATURITÀ DEL NEONATO, DI PESO 500-749 GRAMMI
76503	ESTREMA IMMATURITÀ DEL NEONATO, DI PESO 750-999 GRAMMI
76504	ESTREMA IMMATURITÀ DEL NEONATO, DI PESO 1000-1249 GRAMMI
76505	ESTREMA IMMATURITÀ DEL NEONATO, DI PESO 1250-1499 GRAMMI
769	SINDROME DA DISTRESS RESPIRATORIO NEONATALE
76521	MENO DI 24 SETTIMANE COMPLETE DI GESTAZIONE
76522	24 SETTIMANE COMPLETE DI GESTAZIONE
76523	25-26 SETTIMANE COMPLETE DI GESTAZIONE

Con il presente atto, si dispone che, dai dimessi dal 1° gennaio 2015, pur non variando il meccanismo di assegnazione del DRG 386, venga introdotta per lo stesso una differenziazione della tariffa sulla base del peso alla nascita, segnalato attraverso una delle diagnosi indicate.

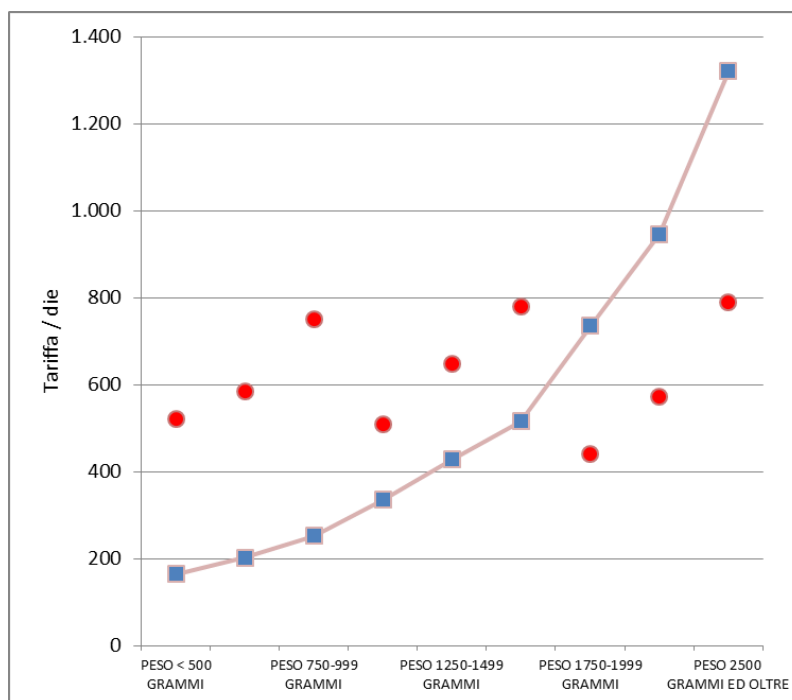
La suddetta modulazione tariffaria, come esemplificato nella Tabella 1, si propone di riequilibrare il valore del rimborso in relazione alle differenze osservate all’interno della casistica riferita al DRG 386 in tema di assorbimento di risorse, superando quindi il fenomeno, rilevato sinora, per cui all’aumentare della gravità del caso (peso alla nascita inferiore) diminuiva – per effetto combinato di allungamento della degenza e costanza della tariffa – il valore del rimborso medio giornaliero (Graf. 1).

Tab. 1 - Valutazione impatto rimodulazione tariffaria del DRG 386						
Peso alla nascita	N casi*	Degenza media	Tariffa al 31.12.14	Stima del rimborso medio die al 31.12.14	Tariffa dal 01.01.15	Simulazione del rimborso medio die al 31.12.14
< 500 gr.	3	106	18.259	164	55.000	521
500-749 gr.	62	94		202		584
750-999 gr.	145	73		252		751
1000-1249 gr.	103	55		334	28.000	509
1250-1499 gr.	140	43		428		648
1500-1749 gr.	66	36		515		779
1750-1999 gr.	91	25		735	11.000	440
2000-2499 gr.	109	19		946		572
> 2500 gr.	51	14		1.320		790

*(dati 2013)

La differenziazione della tariffa in tre fasce ne riequilibra il valore medio, assegnando più risorse ed in modo proporzionale all’assorbimento.

Grafico 1 – Rapporto tra peso alla nascita del neonato prematuro e tariffa/die del DRG 386 in funzione della durata della degenza



Le tre fasce tariffarie sono le seguenti:

**Tipo tariffa A
55.000 euro**

Assistenza a neonati gravemente immaturi di peso alla nascita inferiore a 1000 grammi con durata della degenza non inferiore a 45 giorni.

Si differenzia all'interno del DRG calcolato solo inserendo in prima diagnosi uno dei seguenti codici:

76401	NEONATO DI BASSO PESO PER L'ETÀ GESTAZIONALE, SENZA MENZIONE DI MALNUTRIZIONE FETALE, DI PESO < 500 GRAMMI
76402	NEONATO DI BASSO PESO PER L'ETÀ GESTAZIONALE, SENZA MENZIONE DI MALNUTRIZIONE FETALE, DI PESO 500-749 GRAMMI
76403	NEONATO DI BASSO PESO PER L'ETÀ GESTAZIONALE, SENZA MENZIONE DI MALNUTRIZIONE FETALE, DI PESO 750-999 GRAMMI
76411	NEONATO DI BASSO PESO PER L'ETÀ GESTAZIONALE, CON SEGNI DI MALNUTRIZIONE FETALE, DI PESO < 500 GRAMMI
76412	NEONATO DI BASSO PESO PER L'ETÀ GESTAZIONALE, CON SEGNI DI MALNUTRIZIONE FETALE, DI PESO 500-749 GRAMMI
76413	NEONATO DI BASSO PESO PER L'ETÀ GESTAZIONALE, CON SEGNI DI MALNUTRIZIONE FETALE, DI PESO 750-999 GRAMMI
76421	MALNUTRIZIONE FETALE SENZA MENZIONE DI PESO BASSO PER L'ETÀ GESTAZIONALE, DI PESO < 500 GRAMMI
76422	MALNUTRIZIONE FETALE SENZA MENZIONE DI PESO BASSO PER L'ETÀ GESTAZIONALE, DI PESO 500-749 GRAMMI
76423	MALNUTRIZIONE FETALE SENZA MENZIONE DI PESO BASSO PER L'ETÀ GESTAZIONALE, DI PESO 750-999 GRAMMI
76491	RITARDO DELLA CRESCITA FETALE, DI PESO < 500 GRAMMI
76492	RITARDO DELLA CRESCITA FETALE, DI PESO 500-749 GRAMMI
76493	RITARDO DELLA CRESCITA FETALE, DI PESO 750-999 GRAMMI
76501	ESTREMA IMMATURITÀ DEL NEONATO, DI PESO < 500 GRAMMI
76502	ESTREMA IMMATURITÀ DEL NEONATO, DI PESO 500-749 GRAMMI
76503	ESTREMA IMMATURITÀ DEL NEONATO, DI PESO 750-999 GRAMMI
76511	DISTURBI RELATIVI AD ALTRI NEONATI PRETERMINE, DI PESO < 500 GRAMMI
76512	DISTURBI RELATIVI AD ALTRI NEONATI PRETERMINE, DI PESO 500-749 GRAMMI
76513	DISTURBI RELATIVI AD ALTRI NEONATI PRETERMINE, DI PESO 750-999 GRAMMI

Tipo tariffa B**28.000 euro**

Assistenza a neonati gravemente immaturi di peso alla nascita compreso tra 1000 e 1750 grammi con durata della degenza non inferiore a 20 giorni.

Si differenzia all'interno del DRG calcolato solo inserendo in prima diagnosi uno dei seguenti codici:

76404	NEONATO DI BASSO PESO PER L'ETÀ GESTAZIONALE, SENZA MENZIONE DI MALNUTRIZIONE FETALE, DI PESO 1000-1249 GRAMMI
76405	NEONATO DI BASSO PESO PER L'ETÀ GESTAZIONALE, SENZA MENZIONE DI MALNUTRIZIONE FETALE, DI PESO 1250-1499 GRAMMI
76406	NEONATO DI BASSO PESO PER L'ETÀ GESTAZIONALE, SENZA MENZIONE DI MALNUTRIZIONE FETALE, DI PESO 1500-1749 GRAMMI
76414	NEONATO DI BASSO PESO PER L'ETÀ GESTAZIONALE, CON SEGNI DI MALNUTRIZIONE FETALE, DI PESO 1000-1249 GRAMMI
76415	NEONATO DI BASSO PESO PER L'ETÀ GESTAZIONALE, CON SEGNI DI MALNUTRIZIONE FETALE, DI PESO 1250-1499 GRAMMI
76416	NEONATO DI BASSO PESO PER L'ETÀ GESTAZIONALE, CON SEGNI DI MALNUTRIZIONE FETALE, DI PESO 1500-1749 GRAMMI
76424	MALNUTRIZIONE FETALE SENZA MENZIONE DI PESO BASSO PER L'ETÀ GESTAZIONALE, DI PESO 1000-1249 GRAMMI
76425	MALNUTRIZIONE FETALE SENZA MENZIONE DI PESO BASSO PER L'ETÀ GESTAZIONALE, DI PESO 1250-1499 GRAMMI
76426	MALNUTRIZIONE FETALE SENZA MENZIONE DI PESO BASSO PER L'ETÀ GESTAZIONALE, DI PESO 1500-1749 GRAMMI
76494	RITARDO DELLA CRESCITA FETALE, DI PESO 1000-1249 GRAMMI
76495	RITARDO DELLA CRESCITA FETALE, DI PESO 1250-1499 GRAMMI
76496	RITARDO DELLA CRESCITA FETALE, DI PESO 1500-1749 GRAMMI
76504	ESTREMA IMMATURITÀ DEL NEONATO, DI PESO 1000-1249 GRAMMI
76505	ESTREMA IMMATURITÀ DEL NEONATO, DI PESO 1250-1499 GRAMMI
76506	ESTREMA IMMATURITÀ DEL NEONATO, DI PESO 1500-1749 GRAMMI
76514	DISTURBI RELATIVI AD ALTRI NEONATI PRETERMINE, DI PESO 1000-1249 GRAMMI
76515	DISTURBI RELATIVI AD ALTRI NEONATI PRETERMINE, DI PESO 1250-1499 GRAMMI
76516	DISTURBI RELATIVI AD ALTRI NEONATI PRETERMINE, DI PESO 1500-1749 GRAMMI

Tariffa tipo C**11.000 euro**

Per tutte le altre prime diagnosi riferite al DRG 386 e diverse dalle precedenti elencate, la tariffa è riproporzionata ad un livello inferiore rispetto a quello attuale, pari a 11.000 euro.

Si precisa infine che la tariffa di tipo C (11.000 euro) è assegnata anche nel caso in cui la degenza sia inferiore alla soglia prevista per i tipi tariffa A e B, ovvero inferiore, rispettivamente, a 45 giorni e a 20 giorni.

Restano inoltre in vigore i disposti della DGR n. IX/3976/2012, con i quali è stato stabilito che, entro i 3 giorni di degenza, il rimborso riconosciuto sia pari a quello del neonato sano (809 euro).

La descritta rimodulazione tariffaria comporta un aumento del valore della produzione di circa 7 milioni di euro, che verranno spostati dalla funzione alle tariffe.

I restanti 7 milioni verranno assegnati con il criterio di pagamento delle prime strutture per dimensione di casi critici trattati.

DRG 385 "Neonato morto o trasferito"

Il DRG 385 "Neonato morto o trasferito" viene assegnato in base alle stesse diagnosi del DRG 386, nel caso in cui la modalità di dimissione sia "trasferito" (cod. 3) o "deceduto" (cod. 4).

Il DRG ha un valore di 5.371 euro. Tale valore è determinato in larga misura dall'assorbimento di risorse di casi in cui il trasferimento avviene nelle prime giornate (il 70% dei casi è trasferito immediatamente dopo la nascita) da una neonatologia non attrezzata a trattare casi complessi ad una "neonatologia di riferimento" adeguatamente organizzata.

Esistono però anche trasferimenti di neonati stabilizzati che non rispondono a queste caratteristiche:

- a) trasferimenti da una neonatologia di riferimento ad una struttura ospedaliera dove possono essere eseguiti interventi complessi (chirurgici, cardiocirurgici ecc.);
- b) trasferimenti di ritorno da una neonatologia di riferimento ad una neonatologia di origine da cui era avvenuto il trasferimento nelle prime giornate successive al parto; questi trasferimenti non sono frequenti ed avvengono solitamente dopo una lunga degenza in reparti di alta assistenza (ed alto costo di gestione).

Nei casi descritti, l'indicazione al trasferimento ad altro ospedale per acuti fa scattare automaticamente il DRG 385, non consentendo quindi un corretto riconoscimento della complessità e del valore dei relativi episodi assistenziali.

L'indicazione è quindi di utilizzare il codice di modalità di dimissione "8" per indicare un trasferimento riferibile ad una delle citate tipologie (di cui ai punti a e b), al fine di non determinare anche in questi casi l'attribuzione al DRG 385.

Parto complicato (DRG 370 e 372)

Nelle gravidanze a rischio per prematurità neonatale, si pone talvolta un problema di allungamento delle degenze non sufficientemente supportato dalle tariffe.

In caso di parto con complicanze - quando la donna si presenta in uno stato avanzato di gestazione, superiore alla 22^a settimana ed inferiore alla 34^a - alcune Strutture tentano di prolungare il periodo di gestazione al fine di assicurare al nascituro il raggiungimento del massimo peso possibile pur nel contesto critico in cui il parto potrebbe verificarsi.

Questo tipo di intervento, anche se non riduce il numero di casi neonatali affetti da patologie e da sindromi di mancato sviluppo, riduce l'impatto e la gravità di ogni specifico caso, aumentando le possibilità di sopravvivenza del nascituro e riducendo il numero di giornate di degenza in reparti intensivi neonatali.

Per questi motivi, a decorrere dal 1° gennaio 2015, si introducono le modifiche di seguito esemplificate, in riferimento alla soglia di degenza e all'incremento tariffario giornaliero oltre-soglia dei DRG 370 e 372. Ciò al fine di favorire un congruo riconoscimento delle risorse assorbite nei casi descritti.

DRG		Tariffa al 31.12.14	Soglia degenza al 31.12.14	Valore/die oltre-soglia al 31.12.14	Tariffa dal 01.01.15	Soglia degenza dal 01.01.15	Valore/die oltre-soglia dal 01.01.15
370	Parto cesareo con cc	2.318,32	17	182,18	2.388	7	240
372	Parto naturale con cc	2.318,32	9	190,19	2.318	7	240

LINEE RELATIVE ALL'AREA MATERNO INFANTILE

- 1) La necessità di migliorare le prestazioni delle terapie Intensive Neonatali passa attraverso anche la riorganizzazione della rete di offerta con la necessità di modificarne alcune caratteristiche. Oggi la rete delle Terapie Intensive Neonatali nella nostra Regione è caratterizzata da un elevato numero di U.O., dimensioni medie delle U.O. non ottimali e necessità in molte di iniziare e gestire processi di miglioramento. Al fine di rendere il sistema di assistenza ai neonati più efficiente, efficace e nel tempo sempre più coerente con le indicazioni dimensionali e operative individuate nel documento "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi, relativi all'assistenza ospedaliera" - approvato dalla Conferenza Stato/Regioni il 5 agosto 2014 e riconoscendo una maggior complessità assistenziale ed organizzativa correlata alle dimensioni della casistica trattata, facilmente misurabile attraverso il numero di neonati di basso peso alla nascita (vlbw- very low body weight - con peso alla nascita < 1.500 gr.), si stabilisce di destinare 3.000.000 di euro alle Terapie Intensive

Neonatali da utilizzare esclusivamente per progetti di miglioramento su temi individuati dalla Direzione Generale Salute su proposta del Comitato Percorso Nascita Regionale. La somma sarà erogata in modo proporzionale al numero dei neonati vlbw -very low body weight -- dimessi (media dei dimessi degli anni 2012, 2013, 2014) da ogni U.O. con il codice ministeriale 73 di Terapia Intensiva Neonatale considerando solamente le prime 14 U.O. per volume di casistica trattata.

- 2) Il miglioramento delle prestazioni complessive - per madre e neonato - nel caso di grave patologia della gravidanza o minaccia di parto gravemente pretermine presuppone la riorganizzazione della rete di offerta e dei luoghi dove queste forme complesse vengono curate. In coerenza con l'accordo Stato/Regioni del 16 dicembre 2010 e con quanto individuato da "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi, relativi all'assistenza ospedaliera" - approvato dalla Conferenza Stato/Regioni il 5 agosto 2014 è necessario iniziare ad individuare Centri di Medicina Materno Fetale (vedi verbale del Comitato Percorso Nascita Regionale 14 luglio, 10 settembre, agli atti presso la Direzione Generale Salute) per rendere coerenti i livelli di assistenza per le donne gravide - U.O. di Medicina Materno Fetale - con i livelli di assistenza per i neonati - Terapia Intensiva Neonatale.

ANATOMIA PATOLOGICA

PREMESSA

Le prestazioni di istocitopatologia non rivestono carattere di urgenza, ad eccezione degli esami intraoperatori estemporanei al congelatore.

Non essendo agevole stratificare le tipologie di diagnosi istocitopatologiche in livelli legati alla rapidità di emissione del referto come per le prestazioni di Biochimica, Microbiologia ed Ematologia, si ritiene che la razionalizzazione dei costi e l’ottimizzazione del personale possa essere perseguita attraverso due strade non necessariamente alternative:

- centralizzare le attività di biologia e genetica molecolare oncologica e la lettura dei preparati per lo screening per il carcinoma cervico-vaginale utilizzando per quest’ultimo la disponibilità in alcune U.O. di sistemi e/o attrezzature per lo screening ad elevata automazione del Pap-test, soprattutto ove integrate con strumentazione ad elevato grado di operatività ed automazione idonea alla ricerca del DNA-HPV ed alla sua genotipizzazione
- individuare Centri di Responsabilità tra gruppi di Aziende Ospedaliere che realizzino un network per le attività di Anatomia Patologica.

Unificando all’interno di ogni Centro di Responsabilità la gestione delle risorse e del personale attualmente già disponibile si avrà la possibilità di ottimizzare l’utilizzo di strumenti, materiali e tecnologie già acquisite o da acquisire, di armonizzare i carichi di lavoro, migliorare la continuità della “produzione” e disporre di un pool di specialisti atti a rispondere al meglio alle necessità diagnostiche, sia nel caso di patologie “semplici ma frequenti”, che di altre “rare e complesse”.

NUOVO MODELLO ORGANIZZATIVO

La proposta prevede la centralizzazione per ogni Centro di Responsabilità o delle attività di laboratorio per la “produzione” dei campioni istologici, citologici e autoptici (*processazione, inclusione, allestimento dei preparati, colorazioni speciali ed immunoistochimiche*), e/o delle attività di lettura dei preparati, cercando di mantenere tuttavia il rapporto fiduciario con gli altri specialisti e di garantire l’operatività di gruppi di lavoro multidisciplinare ormai consolidati, la possibilità di essere svolta senza allungamento dei tempi l’attività di citologia da agoaspirazione citologica e le attività diagnostiche che non possono essere delocalizzate senza nocimento per la qualità dell’intera prestazione.

L’equipe di specialisti presente in ogni Centro di Responsabilità, deve comunque garantire l’esecuzione di tutte le prestazioni necessarie al rispettivo bacino di utenza, sia in urgenza (*esami intraoperatori*) che in routine, utilizzando opportune tecnologie che evitino nei limiti del possibile lo spostamento fisico dello specialista (*ad es.: spostamento dei preparati da analizzare, utilizzo di vetrini virtuali accessibili via web, teleconferenze*).

Sebbene questo modello abbia alla sua base l’idea di formare sul territorio milanese delle strutture simili per bacino di utenza (elevato) e gamma di patologie gestite (vasta), eventualmente concentrando le patologie caratterizzate da volume numerico medio ma necessità di elevata esperienza diagnostico/terapeutica in modo da garantire elevati livelli di esperienza agli operatori e un indubbio miglioramento nella assistenza al paziente, è evidente che nella storia della sanità milanese si siano definite specifiche eccellenze che sulla base della loro specificità possono essere considerate come centri di riferimento ad elevata specializzazione per patologie che necessitano soprattutto elevata esperienza diagnostica e la cui eccellenza non deve essere dispersa.

Affinché questo sistema possa effettivamente garantire la necessaria qualità diagnostica ed i corretti tempi di refertazione (TAT), è necessario investire in strumenti e attrezzature che attualmente non sono diffusi nelle Anatomie Patologiche ma che diventano essenziali nel nuovo modello organizzativo. L’efficace ed efficiente realizzazione del Progetto di riorganizzazione delle U.O. di Anatomia Patologica pubbliche della ASL di Milano, infatti, non può prescindere da una sostanziale rivisitazione delle reti logistiche di scambio fra i vari presidi ed i Centri di Responsabilità, tenendo presente che nella visione attuale della sanità,

soprattutto in ambito oncologico, il rispetto dei tempi diagnostici e della standardizzazione delle procedure di trasporto e fissazione dei campioni biologici da sottoporre ad analisi cito-istologica ed eventualmente a valutazioni bio-molecolari riveste un ruolo fondamentale ed imprescindibile in funzione delle terapie cui i pazienti devono essere sottoposti.

Si ritiene opportuno e necessario pertanto di investire in:

- aggiornati sistemi di tracciabilità e rintracciabilità dei preparati che permettano di gestire la correttezza delle attività di laboratorio in funzione della concentrazione da più presidi del materiale da processare;
- opportuni strumenti che garantiscano la correttezza della fase pre-analitica (*ad es.: strumenti per il trasporto sottovuoto del campione biologico, strumenti per la ottimizzazione della fissazione*) ottimizzando la gestione del materiale biologico da sottoporre a diagnosi istologica mantenendo inalterati i tempi di fissazione in funzione della possibilità di effettuare valutazioni biomolecolari;
- collegamenti in rete tramite LIS (Laboratory Integrated Software) condivisi, con connessione dei sistemi informatici di “gestione del paziente” (attualmente profondamente diversi);
- organizzazione di adeguate reti di trasporto locale secondo le esigenze cliniche che garantiscano ridotti tempi di latenza e la consegna entro tempi stabiliti del materiale biologico da sottoporre ad indagine cito-istologica;
- implementazione di servizi logistici, in particolare per quanto riguarda la possibilità di digitalizzazione dei preparati isto-citologici con visione contemporanea in una o più sedi remote;

GENETICA MEDICA E CITOGENETICA

PREMESSA

I Laboratori di Genetica Medica in base alla tipologia delle analisi eseguite o alle patologie diagnosticate si suddividono principalmente in: strutture di Citogenetica, strutture di Genetica Molecolare, strutture di Immunogenetica, strutture di Genetica Biochimica per lo studio degli errori congeniti del metabolismo.

I laboratori di genetica medica devono operare in stretta collaborazione con le strutture cliniche di genetica medica e di conseguenza devono essere funzionalmente collegati alle strutture di genetica clinica.

La recente ricognizione commissionata dalla Direzione Generale (DG) Sanità ha evidenziato che in molte strutture sanitarie pubbliche le attività riferibili alle diverse sotto-branche specialistiche, ivi compresa la Genetica Medica, vengono eseguite in più Servizi di Medicina di Laboratorio (SMEL). Una riorganizzazione dei laboratori di genetica è quindi auspicabile, in quanto la concentrazione della casistica presso strutture e operatori che garantiscano un adeguato volume di attività associato ad un costante aggiornamento delle conoscenze e delle tecnologie garantisce la qualità dell’assistenza e la riduzione dei costi unitari di produzione.

Nel formulare una proposta bisogna inoltre considerare che:

- i test genetici non rivestono carattere di urgenza, anche se deve essere garantita rapidità di accesso e di esecuzione per indagini prenatali e oncologiche;
- il materiale biologico su cui si effettua il test può essere trasportato, garantendo le previste modalità di raccolta, conservazione e trasporto;
- i tempi di refertazione sono compatibili con eventuali centralizzazioni;
- la disponibilità del referto in tempi appropriati può essere garantita anche in caso di centralizzazioni;
- la standardizzazione della fase analitica non è ancora del tutto possibile, ma la centralizzazione delle attività la potrebbe favorire;
- i laboratori di Genetica Medica devono essere in grado di eseguire gli eventuali approfondimenti garantendo qualità e tempestività della risposta e ciò può essere favorito dalla cooperazione tra laboratori di citogenetica e di genetica molecolare e dal collegamento funzionale con le strutture di Genetica Clinica.

Nel formulare la proposta di riorganizzazione occorre aver ben chiaro che la sottobrancha denominata “Genetica Medica e Citogenetica” comprende le strutture che eseguono analisi genetiche: “Citogenetica”, “Genetica Molecolare” e “Genetica Biochimica”, ma che queste differiscono tra loro per tipo di analisi

eseguite, patologie genetiche indagate, competenza richiesta al personale, strumentazione utilizzata, grado di automazione e, conseguentemente, carichi di lavoro. Per questa ragione, la riorganizzazione dovrà considerare separatamente le diverse tipologie di strutture.

PROPOSTA DI RIORGANIZZAZIONE

Strutture di citogenetica

Le strutture di Citogenetica effettuano indagini volte all'identificazione delle anomalie cromosomiche costituzionali (citogenetica costituzionale), acquisite (citogenetica oncologica), indotte e delle sindromi da instabilità cromosomica.

L'analisi dei dati scaturita dal Censimento regionale ha messo in evidenza come le indagini citogenetiche siano state finora eseguite anche in SMEL senza sezione specialistica di citogenetica e genetica medica. Nella città di Milano risultano eseguite nell'anno 2012 circa 25.000 analisi citogenetiche.

In base a quanto suggerito dalle linee guida nazionali (SIGU 2013) ed europee (ECA 2005) in riferimento all'organico minimo di un laboratorio di Citogenetica rispetto alle prestazioni erogate, si ritiene che allo stato attuale 2/3 strutture sia un numero congruo per eseguire tra i 9000-11300 test/anno. In questa ottica andranno valutati la competenza dei centri a maggiore attività, la disponibilità di spazi e strumentazione e anche di salvaguardare le specifiche competenze di alcuni centri specialistici.

Strutture di Genetica Molecolare

Le strutture di Genetica Molecolare svolgono indagini sul DNA per confermare/escludere la diagnosi clinica di malattie genetiche, identificare malattie genetiche in fase preclinica e presintomatica, individuare mutazioni germinali predisponenti all'insorgenza di neoplasie.

L'analisi dei dati scaturita dal Censimento regionale ha messo in evidenza come le indagini di genetica molecolare siano state finora eseguite anche in SMEL senza sezione specialistica di citogenetica e genetica medica. Nella città di Milano risultano eseguite nell'anno 2012 circa 195.000 analisi di genetica molecolare.

Un'ipotesi di concentrazione di risorse umane competenti e di piattaforme tecnologiche di nuova generazione deve tener conto del numero e del tipo di malattie genetiche, molte delle quali rare, della possibile eterogeneità genetica e della stretta dipendenza tra diagnosi e appropriatezza dei test, interpretazione dei risultati e corretta refertazione, tutte dipendenti dall'expertise di genetica medica. Le strutture specialistiche di Genetica Molecolare devono essere in numero tale da garantire lo sfruttamento delle attrezzature, l'impiego razionale delle risorse umane salvaguardando la competenza da cui spesso dipende la qualità dei risultati dei test.

Il volume di attività può essere influenzato dall'esperienza professionale dei singoli operatori, dal livello organizzativo, dal grado di automazione delle dotazioni strumentali del laboratorio e dalla complessità delle indagini eseguite.

In tale ottica si ritiene che allo stato attuale 2/3 strutture sia un numero congruo per eseguire tra i 70.000-100.000 test/anno. In questa ottica andranno valutati la competenza dei centri a maggiore attività, la disponibilità di spazi e strumentazione e anche di salvaguardare le specifiche competenze di alcuni centri specialistici. Inoltre è ipotizzabile che per gli strumenti ad alta produttività (NGS) vi sia la disponibilità in uno/due centri per avere economia di scala, considerando anche la necessità di personale bioinformatico.

Per la peculiarità della genetica molecolare e ci riferisce al vasto numero di patologie rare, il bacino di utenza dovrebbe essere almeno regionale o nazionale per assicurare la qualità delle prestazioni erogate, pertanto è auspicabile che la programmazione regionale avvenga in coerenza con quella nazionale.

Strutture di Genetica Biochimica

Si occupano dello studio degli errori congeniti del metabolismo, cioè delle Malattie Metaboliche Ereditarie. La struttura che si occupa di Genetica Biochimica deve essere in grado di eseguire test di genetica biochimica su diversi tessuti/cellule e deve essere in grado di concludere il quesito diagnostico utilizzando tecniche e campioni biologici più appropriati per la specifica patologia.

Il personale impiegato in queste strutture ha acquisito competenze specifiche che andrebbero salvaguardate e mantenute. Il bacino di utenza dovrebbe essere sovraregionale e/o nazionale, per cui anche in questo caso la loro programmazione dovrebbe essere coordinata a livello nazionale. Si segnala che

attualmente l'organizzazione nell'area milanese è adeguata e concentrata principalmente in due centri che dovrebbero ricevere tutti i campioni della zona; non si suggeriscono variazioni sostanziali.

IMMUNOEMATOLOGIA

PREMESSA

In questo contesto vengono prese in esame solo le prestazioni eseguite su campioni di pazienti e utenti, compresi i donatori di sangue; non si considerano le prestazioni eseguite sugli emocomponenti che, sulla base della attuale organizzazione, sono in capo ai Centri di Lavorazione e Validazione (CLV). Le prestazioni della sottobranchia di immunoematologia possono essere richieste per le due suddette categorie di soggetti, in caso di accertamenti clinici per sospetta patologia o conferma diagnostica oppure nell'ambito del percorso di definizione di idoneità del donatore e delle prove di compatibilità per la trasfusione.

Le prestazioni che possono essere richieste in urgenza per accertamenti clinici, nel caso di una sospetta patologia o conferma della stessa, sono: Coombs diretto e indiretto, Gruppo sanguigno ABO e Rh (D). Queste prestazioni devono essere garantite entro 45 – 60 minuti.

Nell'ambito del percorso di definizione della compatibilità per la trasfusione, le prestazioni che possono essere richieste in urgenza sono:

- gruppo ABO, Tipo Rh, Fenotipo Rh, Fenotipo Kell
- ricerca di Ab irregolari o Test di Coombs Indiretto (TCI)
- Test di Coombs Diretto poli e mono specifico (TCD)
- identificazione anticorpale
- prova di compatibilità eritrocitaria
- tipizzazione Ag eritrocitari clinicamente significativi

Queste prestazioni devono essere garantite entro 45 – 60 minuti

Tutte le altre prestazioni della sottobranchia “immunoematologia” non richiedono l'esecuzione in urgenza e quindi possono essere programmate e dilazionate nel tempo. In generale si tratta di prestazioni che non risentono del trasporto e che quindi possono essere consolidate in alcuni centri specialistici; per alcune prestazioni (ad esempio la ricerca delle crioglobuline, delle agglutinine a frigore o della emolisina bifasica) è però necessaria un'accurata preparazione preanalitica.

PROPOSTA DI RIORGANIZZAZIONE

A partire dalle premesse soprariportate, per garantire le prestazioni richiedibili in urgenza sul territorio della Città di Milano è quindi necessario valutare i tempi in cui le stesse possono essere rese, a prescindere dal fatto che siano eseguite nella stessa A.O./IRCCS in cui sono state richieste. A tal proposito giova puntualizzare le seguenti considerazioni:

- se in una struttura sono garantite in sede le prestazioni per la compatibilità trasfusionale, nella stessa sede devono essere garantite le prestazioni di immunoematologia urgenti per accertamenti clinici;
- le prestazioni di immunoematologia devono essere garantite anche in urgenza da personale specialistico dedicato in possesso di adeguata competenza;
- se nella struttura non è presente una guardia attiva è preferibile trasferire i campioni ad altra struttura in cui il servizio è attivo 24 ore su 24;
- deve essere incentivata la possibilità di verifica, di validazione del dato e di refertazione a distanza in modo che possa essere delocalizzata solo l'attività tecnica;
- deve essere incentivato, laddove possibile, l'utilizzo di frigoemoteche “intelligenti”.

È prefigurabile la realizzazione di una rete per le urgenze con livelli differenti di attività: due/tre centri con presenza 24 ore su 24 anche di personale laureato e altri centri con presenza 24 ore su 24 di solo personale tecnico che fanno riferimento per la refertazione ai centri con presenza di laureato.

Tutte le analisi non richiedibili in urgenza, visti i numeri desunti dal questionario inviato nel 2013, possono essere consolidate in due centri di alta specializzazione, in modo da garantire, oltre la conseguente economia di scala, una competenza professionale specialistica.

Dal momento che l'organizzazione delle attività di Medicina Trasfusionale, in cui rientrano le attività di Medicina di Laboratorio relative alla branca di Immunoematologia, è basata sui Servizi di Immunoematologia e di Medicina Trasfusionale (SIMT) e sui Dipartimenti di Medicina Trasfusionale ed Ematologia (DMTE) è necessario che il consolidamento sopra auspicato debba avvenire in questo contesto, in modo da realizzare, sotto ogni profilo, un reale coordinamento, sia organizzativo sia di gestione delle risorse umane e strumentali, nonché delle responsabilità della competente struttura trasfusionale.

ADEGuatezza PRESCRITTIVA FARMACI E DISTRIBUZIONE PER CONTO. PRECISAZIONI SU PRECEDENTI DELIBERAZIONI

DGR 2313 del 01.08.2014 – Progetto “La Regione Lombardia, un modello di adeguatezza prescrittiva per il contenimento della spesa farmaceutica”

Si richiamano:

- l’art. 1, comma 4 della L.R. 8 maggio 1990, n. 34 che prevede: “La Regione Lombardia assicura l’erogazione di un contributo annuo a favore dell’IRCCS Istituto Mario Negri di Milano per l’attività di ricerca da questo svolta a favore della Regione stessa, a supporto delle funzioni da essa esercitate in materia di sanità”;
- la legge regionale n. 33 del 2009 “Testo Unico delle leggi regionali in materia di sanità” che ha abrogato la L.R. n. 34/90 ad eccezione del suddetto art. 1, comma 4;
- la DGR n. X/1334 del 7.2.2014, avente per oggetto “Determinazioni in ordine alle attività di ricerca svolte dall’IRCCS Istituto Mario Negri di Milano a favore di Regione Lombardia, ai sensi dell’art. 1, comma 4 della l.r. 34/90 – Approvazione dei relativi schemi tipo di convenzione”;
- la DGR n. 2313 del 1.8.2014 avente per oggetto “Ulteriori determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l’esercizio 2014” ed in particolare:
 - il punto 7) del deliberato che prevede:
 - “di approvare il progetto “La Regione Lombardia, un modello di adeguatezza prescrittiva per il contenimento della spesa farmaceutica” di cui al sub allegato A2), precisando che il progetto medesimo verrà attivato previa integrazione dell’accordo convenzionale in essere con l’IRCCS Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri di Milano di cui alla DGR n. X/1334 del 7.2.2014, avente per oggetto “Determinazioni in ordine alle attività di ricerca svolte Dall’IRCCS Istituto Mario Negri di Milano a favore di Regione Lombardia, ai sensi dell’art. 1, comma 4 della l.r. 34/90 – Approvazione dei relativi schemi tipo di convenzione” la cui copertura finanziaria dell’importo di € 251.030,00 è prevista al capitolo di spesa n. 8379 del bilancio per l’esercizio 2014”;
 - il punto 5) del relativo Allegato A) che prevede:

“(…) Il Progetto nella sua fase operativa sarà articolato in due fasi:

 - **Fase 1:** Verifica dei bisogni e delle criticità in termini di adeguatezza prescrittiva ed utilizzo dei biosimilari;
 - **Fase 2:** Definizione e implementazione delle iniziative di (in)formazione, di revisioni sistematiche e metanalisi e di studi clinici indipendenti di tipo comparativo nell’ambito della Regione Lombardia finalizzati a migliorare l’adeguatezza delle prescrizioni e contenere la spesa farmaceutica.

Si prevede di attivare la prima fase a partire da settembre 2014 per un costo pari a 251.030 Euro; in base agli esiti di questa prima parte del progetto la DG Salute dovrà poi verificare con l’IRCCS l’attivazione della seconda fase”;
 - il sub allegato A2) Progetto DG Salute e IRCCS Mario Negri “La Regione Lombardia, un modello di adeguatezza prescrittiva per il contenimento della spesa farmaceutica”.

Preso atto che né la suddetta deliberazione DGR n. 2313 del 1.8.2014 né i relativi documenti allegati precisano:

- il termine di conclusione del suddetto progetto ed, in particolare, della fase 1;
- l’entità del contributo richiesto in relazione al costo complessivo dell’attività di ricerca;
- le modalità di erogazione del contributo;

Visto il “Piano di lavoro fase 1 – Farmagood” del Progetto “La Regione Lombardia, un modello di adeguatezza prescrittiva per il contenimento della spesa farmaceutica”, APPENDICE 1, parte integrante

del presente sub allegato, ad integrazione e precisazione del sub allegato A2) della DGR n. 2313 del 1.8.2014, trasmesso dall'IRCCS Mario Negri alla DG Salute, che in particolare prevede:

- il termine di conclusione della fase 1 del progetto al 30.06.2015;
- l'entità del contributo richiesto in relazione al costo complessivo dell'attività di ricerca: contributo pari a Euro 251.030,00 Euro a fronte di costo complessivo paria 316.712,50 Euro;
- le modalità di erogazione del contributo di € 251.030,00 sono così articolate:
 - il 50% del contributo complessivo – pari ad € 125.515,00 - al 31 Gennaio 2015, a fronte della presentazione del Dossier Generale, del Dossier Scientifico sull'inflximab, dei questionari per l'indagine conoscitiva su medici, operatori sanitari e cittadini corredati da apposito rendiconto economico;
 - il 50% - pari ad € 125.515,00 – al termine del progetto (30/6/2015) previa presentazione dei Dossier Scientifici di somatropina, eritropoietine e filgrastim, risultati dei questionari e delle analisi epidemiologiche e farmaco economiche sui dati di spesa e consumo, corredati da apposito rendiconto economico.

Si ritiene pertanto di:

- 1) approvare il "Piano di lavoro fase 1 – Farmagood" del Progetto "*La Regione Lombardia, un modello di appropriatezza prescrittiva per il contenimento della spesa farmaceutica*", APPENDICE 1, parte integrante del presente sub allegato, ad integrazione e precisazione del sub allegato A2) della DGR n. 2313 del 1.8.2014;
- 2) approvare lo schema tipo di convenzione "Integrazione alla convenzione tra la Regione Lombardia – DG Salute e IRCCS Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri di Milano, per la realizzazione di n. 4 progetti di ricerca nell'ambito di farmacoepidemiologia, di appropriatezza prescrittiva e di farmacoeconomia", APPENDICE 2 parte integrante del presente sub allegato dando mandato al Direttore Generale della D.G. Salute di stipulare la suddetta convenzione integrativa e di assumere i conseguenti atti in esecuzione della stessa.
- 3) confermare le disposizioni di cui alla DGR n. 2313/2014, in particolare demandando alla DG Salute, in base agli esiti della prima parte del progetto, delle disponibilità economiche per l'anno 2015 e dell'ipotesi di risparmi derivanti dall'attività stessa del progetto, l'attivazione della seconda parte del progetto.

DGR 2566 del 31.10.214 – Progetto “Distribuzione per Conto dei farmaci APHT, tramite un’unica Azienda capofila per le Asl della Regione Lombardia”. Aggiornamento.

Si richiama la DGR n. X/2566 del 31/10/2014 e, in particolare:

a) i seguenti punti del deliberato che prevedono:

- **“3. di approvare:**

- il progetto avente ad oggetto “Distribuzione per Conto dei farmaci APHT, tramite un’unica Azienda capofila per le Asl della Regione Lombardia” allegato 2 parte integrante del presente atto con validità dal 01.01.2015 al 31.10.2017, salvo disdetta che potrà essere comunicata da una delle Parti, con preavviso non inferiore a 90 giorni, mediante Raccomandata A/R o altro strumento legalmente equivalente;

- lo schema tipo di Convenzione tra Regione Lombardia-DG Salute e la ASL di Bergamo in relazione all’esecuzione del suddetto progetto, allegato 3 parte integrante del presente atto”;

- **“4. di precisare** per lo svolgimento del progetto la ASL si avvarrà di 6 coadiutori amministrativi esperti cat. B/S, assunti a tempo determinato per il periodo di vigenza della convenzione, il cui onere, pari ad un massimo di 200.000 Euro, troverà copertura a partire dall’anno 2015 fino al 31.10.2017, nel finanziamento corrente per l’esercizio 2015 e verrà recepito nell’ambito delle Regole di sistema anno 2015”;

b) il progetto “Distribuzione per Conto dei farmaci APHT, tramite un’unica Azienda capofila per le Asl della Regione Lombardia”, Allegato 2 alla suddetta deliberazione, cha alla voce “durata del progetto” prevede “tre anni” e alla voce “costo” prevede “300.000 euro annui”;

c) lo schema tipo di convenzione tra Regione Lombardia-DG Salute e la ASL di Bergamo per la realizzazione del suddetto Progetto, Allegato 3 alla suddetta deliberazione, ed in particolare i seguenti articoli:

- *“Art. 2 – Durata - La presente convenzione ha validità dal 01.01.2015 al 31.10.2017, salvo disdetta che potrà essere comunicata da una delle Parti all’altra Parte, con preavviso non inferiore a 90 giorni, mediante Raccomandata A/R o altro strumento legalmente equivalente.*

- *Art. 3 – Costi stimati e contributo di R.L. - Per lo svolgimento del progetto la ASL si avvarrà di 6 coadiutori amministrativi esperti cat. B/S, assunti a tempo determinato per il periodo di vigenza della convenzione e comunque non oltre al 31.10.2017, il cui onere, pari ad un massimo di 200.000 Euro, troverà copertura a partire dall’anno 2015 fino al 31.10.2017, nel finanziamento corrente per l’esercizio 2015 e verrà recepito nell’ambito delle Regole di sistema anno 2015.*

- *Art. 4 – Modalità di erogazione del contributo – Si concorda che il contributo troverà copertura a partire dall’anno 2015 fino al 31.10.2017, nel finanziamento corrente per l’esercizio 2015 e verrà recepito nell’ambito delle Regole di sistema anno 2015”;*

Al fine di chiarire che il suddetto Progetto dovrà essere realizzato dal 01.01.2015 al 31.10.2017 al costo di 200.000 euro/anno, si dispone di rettificare:

- il punto 4 della DGR N° X/2566 del 31/10/2014 come segue:

- “di precisare per lo svolgimento del progetto la ASL si avvarrà di 6 coadiutori amministrativi esperti cat. B/S, assunti a tempo determinato per il periodo di vigenza della convenzione, il cui onere, pari ad un massimo di 200.000 Euro/anno, troverà copertura a partire dall’anno 2015 fino al 31.10.2017, nel finanziamento corrente per l’esercizio 2015 e verrà recepito nell’ambito delle Regole di sistema anno 2015”;

- il progetto “Distribuzione per Conto dei farmaci APHT, tramite un’unica Azienda capofila per le Asl della Regione Lombardia”, Allegato 2 alla suddetta deliberazione, alle voci “durata del progetto” e “costo” come segue: “durata del progetto: dal 01.01.2015 al 31.10.2017”; “costo: 200.000 euro annui”;

- gli artt. 3 e 4 dello schema tipo di convenzione tra Regione Lombardia-DG Salute e la ASL di Bergamo per la realizzazione del suddetto Progetto, Allegato 3 alla suddetta deliberazione, come segue:

- “Art. 3 – Costi stimati e contributo di R.L. - Per lo svolgimento del progetto la ASL si avvarrà di 6 coadiutori amministrativi esperti cat. B/S, assunti a tempo determinato per il periodo di vigenza

della convenzione e comunque non oltre al 31.10.2017, il cui onere, pari ad un massimo di 200.000 Euro/anno, troverà copertura a partire dall'anno 2015 fino al 31.10.2017, nel finanziamento corrente per l'esercizio 2015 e verrà recepito nell'ambito delle Regole di sistema anno 2015.

- Art. 4 – Modalità di erogazione del contributo – Si concorda che il contributo troverà copertura a partire dall'anno 2015 fino al 31.10.2017, nel finanziamento corrente per l'esercizio 2015 e verrà recepito nell'ambito delle Regole di sistema anno 2015”.

**PIANO DI LAVORO FASE 1 - FARMAGOOD
AD INTEGRAZIONE E PRECISAZIONE DEL SUB ALLEGATO A2
DELLA DELIBERA N° X/2313 del 01/08/2014**

**LA REGIONE LOMBARDIA, UN MODELLO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA
PER IL CONTENIMENTO DELLA SPESA FARMACEUTICA
REALIZZAZIONE FASE 1 - FARMAGOOD**

Acronimo: FARMAGOOD-BIOSIMILARI

Data inizio Progetto: 1/9/2014

Data fine Progetto: 30/6/2015

Riassunto:

Il conferimento della funzione di IRCCS all'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri (IRCCS-IRFMN) consente alla Regione Lombardia e al Servizio Sanitario Regionale di meglio utilizzare le competenze e le capacità acquisite dall'IRCCS-IRFMN in oltre 50 anni di attività in ambito farmacologico.

Il Progetto FARMAGOOD-BIOSIMILARI, coerentemente con gli obiettivi Regionali in termini di appropriatezza prescrittiva e razionalizzazione delle risorse si propone di costruire, in un percorso concordato e condiviso con i diversi operatori del Servizio Sanitario Regionale, un complesso di attività/interventi atti a:

- promuovere l'appropriatezza dei percorsi di cura e la razionalizzazione delle prescrizioni dei medicinali biologici "originatori" e "biosimilari";*
- monitorare il profilo di beneficio-rischio dell'uso di questi farmaci nella pratica clinica (real life utilization);*
- ottenere risparmi e liberare risorse nella spesa farmaceutica e sanitaria.*

Parole chiave:

- *medicinali biologici "originatori" e "biosimilari", razionalizzazione delle prescrizioni, in(formazione).*

Coordinatori del Progetto:

ISTITUTO MARIO NEGRI

Nome e qualifica:	Dr. Alessandro Nobili
Indirizzo:	IRCCS - Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri" Via Giuseppe La Masa, 19 - 20156 MILANO
Telefono	02/39014512 - Email: alessandro.nobili@marionegri.it
Fax:	02/39001916
Nome e qualifica:	Dr.ssa Carla Roncaglioni
Indirizzo:	IRCCS - Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri" Via Giuseppe La Masa, 19 - 20156 MILANO
Telefono	02/39014481 - Email: carla.roncaglioni@marionegri.it
Fax:	
Nome e qualifica:	Dr. Livio Garattini
Indirizzo:	CESAV Centro di Economia Sanitaria A. e A. Valenti, Villa Camozzi, Ranica - Bergamo
Telefono	035/45351- Email: livio.garattini@marionegri.it
Fax:	

DG SANITA' REGIONE

• U.O. e Struttura	• Unità Organizzativa Governo dei dati, delle strategie e piani del sistema sanitario
Nome	Struttura Farmaceutica, protesica e dispositivi medici
Indirizzo:	Dr.ssa Ida Fortino
Telefono	Piazza Città di Lombardia 1, Milano
	Email: ida_fortino@regione.lombardia.it

Altri Collaboratori IRCCS - Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri", Milano e CESAV Centro di Economia Sanitaria A. e A. Valenti, Villa Camozzi, Ranica (Bergamo)

Nome, U.O., Struttura:	Dr. Luca Pasina,
Telefono	Email: luca.pasina@marionegri.it
Nome, U.O., Struttura:	• Dr. ssa Carlotta Franchi
Telefono	• Email: Carlotta.franchi@marionegri.it
Nome, U.O., Struttura:	• Dr.ssa Marta Baviera
Telefono	Email: marta.baviera@marionegri.it
Nome, U.O., Struttura:	• Dr.ssa Irene Marzona
Telefono	• Email: Irene.marzona@marionegri.it
Nome, U.O., Struttura:	• Dr.ssa Gianluigi Casadei
Telefono	• Email: gianluigi.casadei@marionegri.it
Nome, U.O., Struttura:	• Dr. Alessandro Curto
Telefono	• Email: alessandro.curto@marionegri.it
Nome, U.O., Struttura:	• Dr. Valter Torri
Telefono	• Email: valter.torri@marionegri.it

1. PREMESSA

Il conferimento della funzione di IRCCS all'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri (IRCCS-IRFMN) permette l'impostazione di nuovi rapporti con la Regione Lombardia e il Servizio Sanitario Regionale. Oltre 50 anni di attività dell'IRCCS-IRFMN nel campo dei farmaci a molteplici livelli -sviluppo di conoscenze del meccanismo d'azione, studi clinici controllati, epidemiologia, informazione farmaceutica, partecipazione alle attività regolatorie con connotazioni di indipendenza - consentono di mettere a disposizione di Regione Lombardia competenze collaudate, capaci di rappresentare un punto di riferimento scientifico nelle politiche di monitoraggio e razionalizzazione della prescrizione farmacologica.

FARMAGOOD è un progetto collaborativo in cui l'IRCCS-Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri (IRFMN) mette a disposizione del Servizio Sanitario Regionale le proprie competenze scientifiche in ambito farmacologico con l'obiettivo di:

- pianificare attività mirate ad integrare componenti di innovazione e di (in)formazione per rispondere a criticità prescrittive in ambito regionale;
- sviluppare nuove metodologie per coinvolgere operatori sanitari, pazienti e cittadini in programmi di razionalizzazione dell'uso dei farmaci in popolazioni a rischio e in specifici ambiti di cura e assistenza;
- avviare studi clinici indipendenti di tipo comparativo, revisioni sistematiche e metanalisi per rispondere a specifici quesiti di interesse prioritario per la salute pubblica in ambito regionale.

La prima fase di tale progetto sarà indirizzata al tema dell'appropriatezza d'uso dei medicinali biologici coperti da brevetto ("originatori") e farmaci biologici non coperti da brevetto ("biosimilari") (d'ora in avanti identificati con medicinali biologici "originatori" e "biosimilari") con la realizzazione del **Progetto FARMAGOOD-BIOSIMILARI**.

A diversi anni dalla loro introduzione sul mercato i farmaci "biosimilari" (somatropina, eritropoietine e filgrastim) rimangono una prospettiva poco attraente per i clinici italiani (a differenza di quelli di altri paesi europei) con conseguente ripercussione sui potenziali risparmi ottenibili dal SSN.

La prossima entrata in commercio di nuovi "biosimilari" dell'infliximab e la scadenza a breve del brevetto di alcuni farmaci molto costosi (cetuximab, trastuzumab, rituximab, insulina glargine) pone con urgenza il problema di avviare una corretta informazione dei medici prescrittori e dei pazienti all'utilizzo dei farmaci biosimilari.

2. OBIETTIVI GENERALI

Il Progetto FARMAGOOD-BIOSIMILARI, coerentemente con gli obiettivi Regionali in termini di appropriatezza prescrittiva e razionalizzazione delle risorse si propone di costruire in un percorso concordato e condiviso con i diversi operatori del Servizio Sanitario Regionale un complesso di attività/interventi atti a:

- promuovere l'appropriatezza dei percorsi di cura e la razionalizzazione delle prescrizioni dei medicinali biologici "originatori" e "biosimilari";
- monitorare il profilo di beneficio-rischio dell'uso di questi farmaci nella pratica clinica (*real life utilization*);
- ottenere risparmi e liberare risorse nella spesa farmaceutica e sanitaria.

3. RAZIONALE DEL PROGETTO E RISULTATI ATTESI

Il Servizio Sanitario Regionale (SSR) si avvale di competenze in vari settori fra cui quello farmaceutico che rappresenta oltre il 15 per cento del bilancio per la Sanità.

L'IRCCS-IRFMN opera da oltre 50 anni nel campo della salute e in particolare per la promozione dell'uso razionale dei farmaci, basato sulla valutazione comparativa della loro qualità, efficacia, sicurezza e costo-efficacia.

L'IRCCS-IRFMN può perciò rappresentare per la Regione Lombardia un punto di riferimento e di consulenza per quanto riguarda la politica degli interventi terapeutici con la finalità di privilegiare la medicina basata sull'evidenza, l'appropriatezza terapeutico-assistenziale e la sostenibilità e l'equità delle cure.

La collaborazione si fonderà sullo sviluppo e realizzazione di progetti specifici mirati a promuovere e implementare a livello regionale l'appropriatezza d'uso dei farmaci e sulla realizzazione di iniziative di

formazione dei medici ospedalieri e del territorio.

La condivisione con i referenti di Regione Lombardia di una serie di indicatori di appropriatezza, consumo e spesa permetterà di monitorare a intervalli periodici la validità degli interventi effettuati e di implementare, qualora necessario, eventuali modifiche del programma.

Quali bisogni vengono affrontati?

- Ottimizzare e razionalizzare le prescrizioni dei medicinali biologici “originatori” e “biosimilari” in ambito specialistico e territoriale, prestando particolare attenzione alla necessaria continuità e collaborazione tra i due ambiti.
- Promuovere un’informazione indipendente per compensare l’informazione di parte oggi prevalente e fondare invece la pratica prescrittiva dei medicinali biologici “originatori” e “biosimilari” in ambito specialistico e territoriale su evidenze scientifiche nell’interesse del paziente e del servizio sanitario regionale.

Quali sono gli aspetti innovativi?

- Stabilire un nuovo modello di lavoro di valutazione e monitoraggio dei medicinali biologici “originatori” e “biosimilari” in ambito specialistico e territoriale, caratterizzato da un rapido recepimento delle domande terapeutiche e un altrettanto rapido trasferimento delle conoscenze al letto del malato.
- Coinvolgimento attivo dei pazienti nel processo di miglioramento delle pratiche terapeutiche (ad esempio, utilizzo dei farmaci equivalenti e biosimilari, miglior aderenza alla terapia).

Quali i risultati attesi da nuove conoscenze e competenze?

- Implementazione di documenti condivisi per promuovere l’uso razionale dei medicinali biologici “originatori” e “biosimilari” in ambito specialistico e territoriale.
- Maggiori conoscenze e competenze circa l’uso razionale dei medicinali biologici “originatori” e “biosimilari” in ambito specialistico e territoriale contribuiscono al contenimento della spesa, particolarmente in aree critiche come quella rappresentata dal File F.

Quale sarà l’impatto del progetto? e quali le sue applicazioni potenziali?

- Verifica e razionalizzazione delle pratiche prescrittive dei medicinali biologici “originatori” e “biosimilari” in ambito specialistico e territoriale e ottimizzazione dei percorsi terapeutico-assistenziali e dei costi associati.
- Disponibilità di macroindicatori per pianificare e programmare ulteriori interventi nell’area dell’appropriatezza prescrittiva dei medicinali biologici “originatori” e “biosimilari” in ambito specialistico e territoriale.

4. MODALITA’ OPERATIVE

Il Progetto FARMAGOOD-BIOSIMILARI si propone di avviare una collaborazione con la Direzione Sanità di Regione Lombardia per coordinare azioni e progetti in corso e in divenire nelle diverse ASL e Aziende ospedaliere lombarde sul tema dei medicinali biologici “originatori” e “biosimilari”, verificando che i messaggi che vengono trasmessi ai medici e agli altri operatori sanitari siano coerenti e consistenti con le politiche regionali sull’utilizzo di questi medicinali, onde evitare di generare ulteriore confusione su un argomento già molto articolato e controverso.

Operativamente nel corso del progetto verranno realizzate le seguenti attività:

Attività	Obiettivi	Metodologia	Risultati attesi
1. Coordinamento delle iniziative e dei contenuti	Coordinamento e condivisione degli obiettivi e delle azioni/interventi da realizzare all’interno del progetto.	Incontro con i referenti Regionali coinvolti nel Progetto.	Definizione, condivisione e coordinamento del percorso e delle azioni da implementare a livello locale.

Attività	Obiettivi	Metodologia	Risultati attesi
2. Dossier biologici a brevetto scaduto	Realizzazione e approvazione di un Dossier Generale sugli aspetti normativi e scientifici relativi alle regole e alle procedure di registrazione e immissione in commercio dei medicinali biologici a brevetto scaduto.	Presentazione e condivisione dei contenuti con i referenti Regionali.	Stesura del documento generale definitivo da mettere a disposizione delle ASL Lombarde.
3. Evento formativo	Realizzazione di un evento formativo.	Corso "I biosimilari: realtà e prospettive".	Verifica delle criticità sul tema dei biologici a brevetto scaduto.
4. Condivisione del Dossier Generale con i referenti di Regione Lombardia, AO, ASL.	Presentazione e discussione del Dossier ai Direttori Sanitari e Responsabili dei Servizi Farmaceutici delle ASL e delle Aziende Ospedaliere Lombarde.	Incontro (tavola rotonda) in Regione Lombardia con la presentazione del progetto, del Dossier e degli obiettivi Regionali sul tema dell'implementazione dell'uso dei biologici a brevetto scaduto.	Dossier e obiettivi Regionali da implementare a livello locale sul tema dei biologici a brevetto scaduto.
5. Documento di Consenso	Preparazione e approvazione di un Documento di Consenso sulla necessità di trattare i pazienti <i>naive</i> con il biologico a brevetto scaduto.	Nella stessa occasione di cui sopra, a partire dal Dossier Generale sui biosimilari, preparazione, discussione e approvazione di un Documento di Consenso per promuovere a livello Regionale l'uso dei biologici a brevetto scaduto nei pazienti <i>naive</i> .	"Position paper" per sostenere e promuovere nei pazienti <i>naive</i> l'uso dei biologici a brevetto scaduto.
6. Revisione della letteratura e dei dossier di registrazione per preparazione dei PDTA	Revisione della letteratura e dei documenti di approvazione dei biosimilari (infliximab, filgrastim, eritropoietina e somatropina) per la preparazione di PDTA specifici per ogni biologico a brevetto scaduto.	Raccolta della documentazione e revisione critica dei lavori scientifici e dei dossier registrativi dei biosimilari (infliximab, filgrastim, eritropoietina e somatropina) e stesura di Dossier <i>ad-hoc</i> per ciascuna molecola da utilizzare nella stesura dei PDTA.	Fornire alle ASL e ai gruppi di lavoro che dovranno occuparsi della stesura dei PDTA di una documentazione basata su evidenze scientifiche valutate attraverso metodologie appropriate.
7. indagine con questionario su medici e operatori sanitari	Raccogliere informazioni da un ampio campione di medici specialisti, ospedalieri e della medicina del territorio sulle conoscenze in merito ai farmaci biologici a brevetto scaduto.	Realizzazione e diffusione di un questionario con 10 domande da compilare mediante accesso on-line. Il questionario dovrà essere promosso da Regione Lombardia all'interno delle diverse ASL.	Informazioni e dati sulle conoscenze, utilizzo e sulle criticità all'uso dei biologici a brevetto scaduto.
8. Analisi dei dati amministrativi (In osservanza della normativa vigente e delle indicazioni del Garante della Privacy)	Monitoraggio attraverso i database amministrativi dell'uso dei biologici a brevetto scaduto.	Analisi dei dati amministrativi per la valutazione del numero/tipologia di pazienti trattati con biologici a brevetto scaduto o originatori e valutazione degli out come (durata del trattamento, ricoveri, prestazioni, utilizzo di risorse)	Monitoraggio dei consumi e impatto sugli out come.

Attività	Obiettivi	Metodologia	Risultati attesi
9. Iniziative di informazione indipendente rivolte a operatori sanitari, pazienti e cittadini	Fornire strumenti per una corretta informazione sulle problematiche connesse al corretto impiego dei biologici a brevetto scaduto.	Campagne informative attraverso iniziative locali, stampa, media e incontri aperti alla cittadinanza. Produzione e distribuzione di materiale informativo	Sensibilizzazione di operatori sanitari e cittadini.
Attività da definire e realizzare con un protocollo ed un budget <i>ad-hoc</i>.			
Registro Regionale sui biologici a brevetto scaduto	Attivazione di un osservatorio e di un Registro Regionale per il monitoraggio dei pazienti in trattamento con biologici a brevetto scaduto.	Identificazione e coinvolgimento di una rete di ospedali/specialisti che prescrivono filgrastim, eritropoietina e somatropina per avviare un Registro di monitoraggio sistematico (in periodi indice) dei pazienti che entrano in trattamento con i farmaci in oggetto (biologici a brevetto scaduto o originatori). A tale proposito verranno predisposti un protocollo ed un budget <i>ad-hoc</i> .	Monitoraggio dei pazienti in relazione a efficacia, effetti indesiderati, switch, reazioni di immunogenicità, persistenza in terapia
Realizzazione di studi clinici ad-hoc	Realizzazione di studi clinici controllati su molecole specifiche.	Laddove opportuno si potrebbero predisporre trial clinici per ottenere evidenze specifiche sulle diverse molecole. A tale proposito verranno predisposti protocolli ed budget <i>ad-hoc</i> .	Produzione di evidenze su questioni particolarmente controverse o critiche.

5. INDICATORI DI *OUTCOME*

Al fine di valutare l'efficacia del complesso delle attività proposte, è importante prevedere indicatori di *outcome* che, a tempi determinati, permettano di verificare l'impatto dei vari interventi. Tali indicatori verranno identificati e concordati con i referenti regionali, in osservanza della normativa vigente e delle indicazioni del Garante della Privacy.

Tra questi:

- Cambiamento della prescrizione dei medicinali biologici "originatori" e "biosimilari" in ambito specialistico e territoriale.
- Contenimento della spesa dei medicinali biologici "originatori" e "biosimilari" in ambito specialistico e territoriale con particolare riferimento ai farmaci del File F.

6. DELIVERABLES

- a) Dossier Generale sugli aspetti legislativi e sulle evidenze farmacologiche relative all'immissione in commercio dei biosimilari
- b) Dossier specifici sulle singole molecole con particolare riferimento agli studi clinici di confronto.
- c) Documento di consenso con gli attori del sistema Regionale.
- d) Risultati delle analisi epidemiologiche e farmacoeconomiche sui dati di spesa e consumo, in osservanza della normativa vigente e delle indicazioni del Garante della Privacy.
- e) Risultati dell'indagine tra i medici, pazienti e cittadini sulle conoscenze e le motivazioni all'uso/non uso dei biosimilari.
- f) Materiale (in)formativo.

7. PIANO PER L'USO E LA DIFFUSIONE DEI RISULTATI

Tutti i risultati prodotti nelle varie fasi del progetto dovranno essere utilizzati per pubblicazioni su riviste scientifiche nazionali e internazionali, nonché per la presentazione a congressi, seminari e convegni, previo accordo tra le parti e in osservanza della normativa vigente e delle indicazioni del Garante della Privacy. In tutti questi contesti sarà evidenziato il ruolo della Regione Lombardia.

8. ASPETTI ETICI

I protocolli di ricerca saranno realizzati secondo quanto previsto dalla normativa vigente in tema di sperimentazione clinica. Il trattamento dei dati sensibili avverrà in forma anonima, in ottemperanza al D.lgs 196/2003 sulla tutela dei dati personali. I dati relativi ai medici verranno elaborati in condizioni tali da non permettere l'identificazione dei singoli medici coinvolti.

9. COSTI STIMATI

Ad integrazione e precisazione del budget riportato in Delibera N° X/2313 del 01/08/2014, che era stato calcolato in rapporto alla cifra di contributo Regionale effettivo, si allega il budget con i costi complessivi della realizzazione della Fase 1 del Progetto FARMAGOOD.

Coerentemente con quanto riportato in Delibera N° X/2313 del 01/08/2014 si richiede a Regione Lombardia di partecipare alle spese complessive (€ 316.712,00), evidenziate nell'allegato B (Parte Amministrativa) e parte integrante della presente convenzione, per lo svolgimento della Fase 1 del Progetto FARMAGOOD, con un contributo dell'importo di € 251.030,00 IVA esente.

10. MODALITA' DI EROGAZIONE DEL CONTRIBUTO

Dato che parte dell'attività relativa al Progetto è già stata effettuata, si richiede che l'erogazione del contributo di € 251.030,00 IVA esente possa essere così articolata:

- il 50% del contributo complessivo – pari ad € 125.515,00 - al 31 Gennaio 2015, a fronte della presentazione del Dossier Generale, del Dossier Scientifico sull'infliximab, dei questionari per l'indagine conoscitiva su medici, operatori sanitari e cittadini corredati da apposito rendiconto economico;
- il 50% - pari ad € 125.515,00 – al termine del progetto (30/6/2015) previa presentazione dei Dossier Scientifici di somatropina, eritropoietine e filgrastim, risultati dei questionari e delle analisi epidemiologiche e farmaco economiche sui dati di spesa e consumo, corredati da apposito rendiconto economico.

PROGETTO FARMAGOOD-BIOSIMILARI
Allegato B: PARTE AMMINISTRATIVA
COSTI COMPLESSIVI DEL PROGETTO

	Descrizione	Mesi/uomo	Costo (€)
Personale dedicato al progetto	Capi Laboratorio	6	38.125,00
	Ricercatori	24	131.343,75
	Informati	3	12.593,75
	Biostatistici	4	16.812,50
	Segretarie	6	22.500,00
	Consulenti	3	11.250,00
<i>Subtotale</i>			194.538,124
	Software e attrezzature informatiche		3.000,00
	Materiale di consumo		2.000,00
	Spese di viaggio		2.000,00
	<i>Subtotale</i>		7.000,00
	Spese generali (30%)		73.087,50
	COSTO TOTALE		316.712,50
	FINANZIAMENTO RICHIESTO		251.030,00

INTEGRAZIONE, AI SENSI DELLA DELIBERA N. 2313/2014, ALLA "CONVENZIONE TRA LA REGIONE LOMBARDIA – DG SALUTE E IRCCS ISTITUTO DI RICERCHE FARMACOLOGICHE MARIO NEGRI DI MILANO, PER LA REALIZZAZIONE DI N. 4 PROGETTI DI RICERCA NELL'AMBITO DI FARMACOEPIDEMIOLOGIA, DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA E DI FARMACOECONOMIA".

L'anno , nel mese di il giorno.....

TRA

la Regione Lombardia (in seguito denominata "R.L.") – Codice Fiscale 80050050154 - Direzione Generale Salute, rappresentata dal Dr. Walter Bergamaschi domiciliato, ai fini della presente convenzione presso la sede della Direzione Generale Salute della Regione Lombardia in Milano – Piazza Città di Lombardia, 1

E

l'IRCCS Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri" di Milano (in seguito denominato "IRCCS M.N.") – Codice Fiscale 03254210150 - rappresentato dal Direttore Prof. Silvio Garattini, domiciliato, ai fini della presente convenzione, presso la sede dell'Istituto a Milano in Via La Masa, 19

PREMESSO che:

- a) la legge regionale n. 34 del 8 maggio 1990 prevede, al comma 4 dell'art.1 , che *"la Regione Lombardia assicura l'erogazione di un contributo annuo a favore dell'Istituto Mario Negri di Milano, per l'attività di ricerca da questo svolta a favore della Regione stessa, a supporto delle funzioni da essa esercitate in materia di Salute"*;
- b) la l.r. 33/2009 *"Testo Unico delle leggi regionali in materia di sanità"* abroga la l.r. 34/90 ad eccezione il comma 4 dell'art. 1;
- c) l'IRCCS Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri" di Milano è una Fondazione di diritto privato, senza scopo di lucro, che persegue fini di interesse scientifico nell'ambito della ricerca sanitaria;
- d) con DGR n. X/1334 del 7.2.2014, è stata approvata la *"Convenzione tra la Regione Lombardia – DG Salute e IRCCS Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri di Milano, per la realizzazione di n. 4 progetti di ricerca nell'ambito di farmacoepidemiologia, di appropriatezza prescrittiva e di farmacoeconomia"*, sottoscritta in data sottoscritta in data 5.3.2014;
- e) la DGR n. 2313 del 1.8.2014 avente per oggetto *"Ulteriori determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2014"* al punto 7) del deliberato prevede: *"di approvare il progetto "La Regione Lombardia, un modello di appropriatezza prescrittiva per il contenimento della spesa farmaceutica" di cui al sub allegato A2), precisando che il progetto medesimo verrà attivato previa integrazione dell'accordo convenzionale in essere con l'IRCCS Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri di Milano di cui alla DGR n. X/1334 del 7.2.2014, avente per oggetto "Determinazioni in ordine alle attività di ricerca svolte Dall'IRCCS Istituto Mario Negri di Milano a favore di Regione Lombardia, ai sensi dell'art. 1, comma 4 della l.r. 34/90 – Approvazione dei relativi schemi tipo di convenzione" la cui copertura finanziaria dell'importo di € 251.030,00 è prevista al capitolo di spesa n. 8379 del bilancio per l'esercizio 2014"*;
- f) la DGR n. del ha approvato:
 - il *"Piano di lavoro fase 1 – Farmagood"* del Progetto *"La Regione Lombardia, un modello di appropriatezza prescrittiva per il contenimento della spesa farmaceutica"*, ad integrazione e precisazione del sub allegato A2) della DGR n. 2313 del 1.8.2014;
 - il presente schema tipo di convezione integrativa;

CONVENGONO E STIPULANO QUANTO SEGUE

Ad integrazione della *“Convenzione tra la Regione Lombardia – DG Salute e IRCCS Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri di Milano, per la realizzazione di n. 4 progetti di ricerca nell’ambito di farmacoepidemiologia, di appropriatezza prescrittiva e di farmacoconomia”*

Art. 1 – Oggetto della presente convenzione integrativa.

L’IRCCS M.N. di Milano si impegna a realizzare la fase 1 del Progetto *“La Regione Lombardia, un modello di appropriatezza prescrittiva per il contenimento della spesa farmaceutica”* secondo gli obiettivi, i metodi ed i tempi indicati nel *“Piano di lavoro fase 1 – Farmagood”* riportato nell’allegato A alla presente convenzione, quale parte integrante e sostanziale.

Art. 2 – Durata

La presente convenzione integrativa ha durata dal 1.9.2014 sino al 30.6.2015, fatte salve le disposizioni di cui ai successivi articoli 7 e 8, che continueranno a produrre effetti anche dopo tale data.

R.L. e l’IRCCS M.N. possono decidere di comune accordo, l’interruzione del progetto di ricerca, con conseguente revisione dell’importo del contributo.

Art. 3 - Costi stimati e contributo di R.L.

R.L. partecipa alle spese, evidenziate nell’allegato A, parte integrante della presente convenzione, per lo svolgimento della ricerca di cui all’art. 1, con un contributo dell’importo massimo di € 251.030,00, da stanziare con le seguenti modalità:

- il 50% del contributo complessivo - pari ad € 125.515,00 - al 31.1.2015, a fronte della presentazione del Dossier Generale, del Dossier Scientifico sull’infliximab, dei questionari per l’indagine conoscitiva su medici, operatori sanitari e cittadini corredati da apposito rendiconto economico (fatture quietanziate);
- il 50% - pari ad € 125.515,00 - al termine del progetto (30/6/2015) previa presentazione dei Dossier Scientifici di somatropina, eritropoietine e filgrastim, risultati dei questionari e delle analisi epidemiologiche e farmaco economiche sui dati di spesa e consumo, corredati da apposito rendiconto economico (fatture quietanziate).

Art. 4 - Vigilanza e responsabilità

La Regione Lombardia – DG Salute, attraverso i propri referenti scientifici ed amministrativi, esercita la vigilanza sull’esecuzione del progetto, anche attraverso incontri periodici presso la propria sede.

Art. 5 - Pubblicazioni scientifiche

I prodotti, tra i quali le pubblicazioni scientifiche, i brevetti, i prodotti d’ingegno, ecc., derivanti dalle attività collegabili al progetto, dovranno riportare i nominativi delle parti interessate, previo accordo tra le parti.

Art. 6 – Proprietà degli studi e prodotti

Premesso che la proprietà dei dati è di Regione Lombardia, la proprietà degli studi e dei prodotti sviluppati nell’ambito del progetto finanziato è attribuita a entrambe le parti interessate. Regione Lombardia si riserva comunque il diritto di utilizzare i risultati delle ricerche effettuate con i contributi regionali.

Art. 7 - Riservatezza

Le persone che lavoreranno per le attività di cui alla presente convenzione devono impegnarsi a non fare uso, rendere noto o divulgare notizie, dati o documentazioni relative al programma di ricerca, senza che prima sia stata stabilita concordemente la natura pubblica o privata dei documenti, garantendo quindi la riservatezza di tutte le notizie riguardanti il progetto di ricerca.

Art. 8 (Trattamento dati personali)

trattamento per i dati trattati in esecuzione del presente contratto, la cui titolarità resta in capo a Regione

Lombardia.

Titolare del trattamento è la Giunta Regionale nella persona del legale rappresentante.

Responsabile del trattamento è l'IRCCS M.N. nella persona del legale rappresentante.

Responsabile del trattamento interno è il Direttore della Direzione Generale Salute.

Il soggetto contraente:

1. dichiara di essere consapevole che i dati che tratta nell'espletamento del servizio/incarico ricevuto sono dati personali e quindi, come tali, essi sono soggetti all'applicazione del Codice per la protezione dei dati personali.
2. si obbliga ad ottemperare agli obblighi previsti dal D.Lgs. 196/2003 anche con riferimento alla disciplina ivi contenuta rispetto ai dati personali sensibili e giudiziari.
3. si impegna ad adottare le disposizioni contenute nell'allegato al decreto 6805 del 07/07/2010 nonché a rispettare le eventuali istruzioni specifiche ricevute relativamente a peculiari aspetti del presente incarico/servizio.
4. si impegna a nominare, ai sensi dell'art. 30 del D.Lgs. 196/2003, i soggetti incaricati del trattamento stesso e di impartire loro specifiche istruzioni relative al trattamento dei dati loro affidato.
5. si impegna a comunicare a Regione Lombardia ogni eventuale affidamento a soggetti terzi di operazioni di trattamento di dati personali di cui è titolare Regione Lombardia, affinché quest'ultima ai fini della legittimità del trattamento affidato, possa nominare tali soggetti terzi responsabili del trattamento.
6. si impegna a nominare ed indicare a Regione Lombardia una persona fisica referente per la "protezione dei dati personali".
7. si impegna a relazionare sullo stato del trattamento dei dati personali e sulle misure di sicurezza adottate e si obbliga ad allertare immediatamente il proprio committente in caso di situazioni anomale o di emergenze.
8. consente l'accesso del committente o di suo fiduciario al fine di effettuare verifiche periodiche in ordine alla modalità dei trattamenti ed all'applicazione delle norme di sicurezza adottate.

Le parti dichiarano di essere informate e per quanto di ragione, espressamente consentire che i dati personali forniti o comunque raccolti in conseguenza e nel corso dell'esecuzione della presente convenzione, vengano trattati esclusivamente:

- per le finalità della convenzione, mediante consultazione, elaborazione, interconnessione, raffronto con altri dati e/o ogni ulteriore elaborazione manuale e/o automatizzata;
- per fini statistici, con esclusivo trattamento dei dati in forma anonima, mediante comunicazione a soggetti pubblici, quando ne facciano richiesta per il perseguimento dei propri fini istituzionali, nonché a soggetti privati, quando lo scopo della richiesta sia compatibile con i fini istituzionali dell'istituto, consapevoli che il mancato conferimento può comportare la mancata o parziale esecuzione della convenzione.

Articolo 9 - Foro competente

Per ogni controversia che possa verificarsi in ordine all'adempimento della presente Convenzione, le parti eleggono il Foro di Milano.

Art. 10 - (Conformità atto)

La presente convenzione è redatta in tre esemplari dei quali, due sono conservati presso la Giunta Regionale – D.G. Salute e Presidenza – ed il terzo presso il contraente IRCCS M.N.

Art. 11 (Altre norme)

La presente convenzione non è soggetta a registrazione se non in caso d'uso ai sensi della normativa vigente.

Le eventuali spese di registrazione saranno a carico della parte richiedente.

La presente convenzione è esente da bollo ai sensi della normativa vigente

Letto, approvato e sottoscritto:

Milano,

Per Regione Lombardia – Direzione Generale Salute

Il Direttore Generale

Dr. Walter Bergamaschi

Per l'IRCCS Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri" di Milano

Il Direttore

Prof. Silvio Garattini

ALLEGATO B) – Sub Allegato 7 “Indirizzi sulla sperimentazione CReG”

Il presente documento fornisce alcuni indirizzi per la prosecuzione della sperimentazione CReG nel corso del 2015:

- 1) Erogazione di prestazioni diagnostiche presso gli studi dei Medici di Medicina Generale nell'ambito della sperimentazione CReG
- 2) Aggiornamento dei Flussi informativi di rilevazione della sperimentazione CReG.

1. Erogazione di prestazioni diagnostiche presso gli studi dei Medici di Medicina Generale, nell'ambito della sperimentazione CReG

Gli indirizzi forniti nel seguito rappresentano indicazioni in merito alle prestazioni diagnostiche che possono essere erogate presso gli studi dei MMG nell'ambito della sperimentazione CReG. Si sottolinea che si tratta di indicazioni preliminari, meritevoli di ulteriori approfondimenti nel corso della sperimentazione, e che saranno pertanto oggetto di successive ulteriori determinazioni.

Il progetto CReG (ma anche l'ACN per i rapporti con i Medici di Medicina Generale) prevede un ruolo centrale del MMG nel processo di cura, ruolo esercitato assumendo il governo del processo assistenziale relativo a ciascun paziente in carico e facendosi parte attiva della continuità dell'assistenza per i propri assistiti, con il miglior impiego possibile delle risorse (ACN, art. 13 bis).

Lo sviluppo della tecnologia consente al MMG di gestire il follow-up della patologia cronica con una serie di prestazioni non complesse di natura diagnostica, ai fini del completamento diagnostico a seguito di una visita generale.

Le prestazioni possono essere rese in **telemedicina** o direttamente dal MMG adeguatamente professionalizzato.

Il Gestore CReG potrà fornire ai pazienti arruolati le prestazioni diagnostiche previste nel Piano Assistenziale Individuale, previa dichiarazione all'ASL, che provvederà ad effettuare le necessarie verifiche. Gli accertamenti devono essere eseguiti secondo le norme di buona pratica clinica (Good Clinical Practice).

Le prestazioni diagnostiche individuate sono le seguenti:

- 1) ECG
- 2) Monitoraggio continuo (24 H) della pressione arteriosa
- 3) Spirometria Semplice
- 4) Ecografia addome superiore
- 5) Ecografia addome inferiore
- 6) Ecografia addome completo
- 7) Eco(color)dopplergrafia degli arti superiori o inferiori o distrettuale, Arteriosa o Venosa
- 8) Eco(color)dopplergrafia TSA
- 9) Esame del Fundus oculi

A queste prestazioni si aggiungono i seguenti esami ematochimici eseguiti con metodologia **POCT** (Point Of Care Testing), secondo quanto normato dal DDG n. 252 del 21/1/2013:

1. Colesterolo HDL
2. Colesterolo Totale
3. Creatinina
4. Glucosio
5. Hb - Emoglobina Glicata
6. Potassio
7. Sodio
8. Trigliceridi
9. Urato

10. Tempo di Protrombina (PT)
11. Tempo di Trombina (TT)
12. Tempo di Tromboplastina Parziale (PTT)
13. Alanina Aminotransferasi (ALT) (GPT)
14. Gamma Glutamil Transpeptidasi (gamma GT).

REQUISITI STRUTTURALI

L'attività può essere svolta nello studio del Medico di Medicina Generale adeguatamente attrezzato o, in relazione ai volumi e all'attività, in uno studio separato. Deve essere data adeguata informazione ai cittadini.

REQUISITI TECNOLOGICI

Le indicazioni che seguono sono fornite a titolo di esempio.

- **Telemedicina:**
Deve essere prodotto contratto con struttura di riferimento per la refertazione e devono essere specificati gli standard di risposta.
- **Prestazioni diagnostiche:**
Le caratteristiche tecniche sono di seguito elencate a titolo di esempio. Si precisa altresì che le predette caratteristiche saranno vagliate dall'ASL a seguito di presentazione di idonea documentazione:
 - **Spirometro:** sintesi delle caratteristiche tecniche, a titolo di esempio:
 - Capacità di memoria: fino a 20.000 pazienti e / o misurazioni
 - Porte di comunicazione: Connessione al PC via USB
 - Sistema di misurazione: da specificare
 - Principio di misurazione: da specificare
 - Parametri misurati: FVC, VC, PEF, FEV1, FEV1/FVC, FEF2575, FEF2550, FEF25, FEF50, FEF75, FEV3, FEV6, EV, ZeroTime, FET, PEFT, FIVC, PIF, FIV1, FIV1/FIVC, FIT, EVC, IVC, IC, IRV, ERV, TV.
 - Volume massimo: ± 20 L
 - Range di flusso: ± 18 L/s
 - Accuratezza sul volume: $\pm 3\%$ or 50 mL
 - Accuratezza sul flusso: $\pm 3\%$ or 50 mL/s
 - software completo di calcoli in automatico
 - **Ecografo e strumentazione per ecocolordoppler**
Dotazione di un Ecografo multidisciplinare, a tecnologia digitale, di ultima generazione, provvisto di marchio CE, dotato almeno delle seguenti caratteristiche tecniche:
 - Sonda convex, per utilizzo interno, con frequenza indicativa fra 2 e 5 Mhz
 - Sonda lineare, per studio organi superficiali, con frequenza indicativa fra 5 e 12 Mhz
 - esecuzioni di immagini in B-mode, M-mode, PWD, CVD,CFM, POWER-DOPPLER
 - cine-memory con elevato numero di frames -profondità di lavoro almeno fino a 28 cm
 - presenza di parametri di regolazione dell'immagine (frame-rate, range dinamico, profondità, guadagno, persistenza, ecc...)
 - software completo di calcoli in automatico.
 - **Apparecchiature per esami in chimica secca (POCT)**
Devono essere a norma rispetto alla Direttiva della Comunità Europea 'Dispositivi Medico-Diagnostici in Vitro 98/79', recepita in Italia con Decreto Legislativo n 332 dell'8 settembre 2000 (marcatura CE 0088).
Devono essere esplicitati i sistemi di controllo della qualità attuati.

Si richiamano inoltre le indicazioni fornite dalla Direzione Generale con DDG n. 252 del 21/1/2013, in merito alle attività dei servizi di Laboratorio riguardo le attività POCT (Point of Care Testing).

➤ **Fundus Oculi**

L'apparecchiatura deve possedere caratteristiche tecniche tali da assicurare una visione ampia della retina.

REQUISITI DELL'OPERATORE PER L'EFFETTUAZIONE DELLE PRESTAZIONI

Il professionista per le prestazioni di **Ecografia e di Ecocolordoppler** deve essere un medico in possesso di requisiti formativi specifici per l'effettuazione delle prestazioni diagnostiche indicate (per esempio, specialista in gastroenterologia o medicina interna per la diagnostica ecografica addominale, oppure in angiologia o in radiodiagnostica per l'ecocolordoppler, o in discipline equipollenti ai sensi di legge), e deve certificare un'adeguata esperienza formativa e professionale maturata nel settore specifico (diagnostica ecografica addominale o vascolare ecocolordoppler).

Per quanto riguarda la refertazione di **ECG**, il professionista deve essere in possesso di adeguato iter formativo di base, ovvero della specializzazione, e deve fornire il piano formativo annuale previsto.

Il curriculum formativo e professionale deve essere prodotto dai professionisti all'ASL che ne farà oggetto di valutazione.

2. Flussi informativi di rilevazione della sperimentazione CReG

Di seguito vengono proposti i Flussi Informativi a supporto della sperimentazione CReG, più in dettaglio tali flussi sono:

- Flusso CReG PAI: si propongono delle modifiche rispetto a quanto già presentato nella DGR 1465 del 2014 e nella circolare H1.2014.0022757.
- Flusso GEST: si istituisce un nuovo debito relativo alle prestazioni erogate dal Gestore e/o dai MMG appartenenti alle Cooperative.
- Flusso CS Centro Servizi: si conferma quanto già presentato nella DGR 1465 del 2014.

I flussi, come di seguito descritti, saranno raccolti a partire dal 2015.

2.1 FLUSSO CReG-PAI

Dal mese di ottobre 2012 è stato attivato per le ASL coinvolte nella sperimentazione, e successivamente anche per i Gestori CReG, un primo servizio, offerto dal nuovo Sistema Modulare di Accoglienza dei Debiti Informativi (SMAF), relativo all'acquisizione dei Piani Assistenziali Individuali (PAI).

Si è previsto di impiegare tale sistema per governare l'intero processo di acquisizione (e restituzione degli esiti da parte del Debito) dei PAI che ogni Medico CReG è tenuto a compilare per ogni assistito arruolato ed ogni Gestore ad inviare mensilmente alla DG Salute.

INVIO DEL DEBITO INFORMATIVO

Il flusso informativo CReG-PAI è costituito da due file che, per motivi di Privacy, tengono separate le informazioni anagrafiche dalle informazioni riguardanti le prestazioni richieste per gli assistiti arruolati.

RACCOLTA DEI FILE

Il tracciato record è strutturato in due file così denominati:

- "CReG PAI1.txt", file di *testata*, contenente i dati anagrafici del paziente e l'identificativo del PAI, che ne definisce le principali caratteristiche (paziente al quale è assegnato, validità temporale del piano, data di arruolamento, etc.);
- "CReG PAI2.txt", file di *dettaglio*, contenente l'elenco di tutte le prestazioni che costituiscono il PAI (una riga per ogni prestazione).

I campi Ente, Codice Gestore, Codice PAI e Data Arruolamento, sono comuni ai due suddetti file e costituiscono le chiavi di legame tra *testata* e *dettaglio*.

Per ogni paziente CReG arruolato dovranno essere inviati un file di *testata* ed un file di *dettaglio*, quest'ultimo composto da un numero variabile di record, ciascuno dei quali corrispondente ad una prestazione che costituisce il piano individuale.

Si richiede la compilazione di PAI che copra l'arco temporale massimo di un anno solare dalla *Data di Inizio Validità del Piano*. Per ogni PAI è obbligatorio esplicitare la **Data di Inizio e Fine Validità** che permarranno invariate per la durata del piano. La sola data di "fine validità piano", potrà variare in caso di chiusura anticipata del Piano stesso. I PAI che perverranno allo SMAF senza tali date, saranno oggetto di un errore bloccante e rifiutati dal sistema, così come gli stessi con pianificazione della durata superiore ai 365 giorni.

Nel caso in cui si preveda di effettuare prestazioni con cadenze superiori all'anno, è necessario riportare nel PAI esclusivamente le prestazioni che, sulla scorta delle precedenti erogazioni, si ritiene di effettuare nell'arco di validità annuale del piano che si sta trasmettendo.

Testata - CREG PAI1

#	Campo	Inizio	Fine	Lunghezza	Tipo	Descrizione
1	Ente	1	3	3	NUM	Codice a 3 caratteri identificativo dell'ASL
2	Codice Gestore	4	14	11	CHAR	Codice Gestore (PARTITA IVA)
3	Codice Medico	15	19	5	CHAR	Codice Regionale del MMG
4	Codice Fiscale Assistito	20	35	16	CHAR	Codice Fiscale dell'assistito arruolato
5	Sesso	36	36	1	ENUM	Indicare "F" per Femmina, "M" per Maschio
6	Data di Nascita	37	44	8	DATA	Indicare la data di nascita del paziente arruolato (<i>ggmmaaaa</i>)
7	Contatore PAI	45	54	10	CHAR	Identificativo PAI (codice)
8	Data Arruolamento	55	62	8	DATA	La data di arruolamento del paziente è usata come chiave ridondante assieme al contatore del PAI (<i>ggmmaaaa</i>)
9	Inizio validità piano	63	70	8	DATA	Data di inizio Validità del PAI che coincide con la data di inizio della pianificazione prevista (<i>ggmmaaaa</i>)
10	Fine validità piano	71	78	8	DATA	Data che coincide con la data di fine pianificazione PAI. Si sottolinea che nel caso di decesso o altro evento anagrafico che pone termine alla presa in carico dell'Assistito, la data dell'evento potrà essere utilizzata come data di chiusura del piano. In tal caso è necessario inviare un PAI con Destinazione Record "M" e fine validità piano la data dell'evento. Durata massima ammessa della Pianificazione è 365 giorni (<i>ggmmaaaa</i>).
11	Data Modifica PAI	79	86	8	DATA	Data in cui è avvenuta la modifica del PAI (<i>ggmmaaaa</i>), campo da compilare ogni qualvolta si modifica il PAI. Nel caso in cui non vi sono modifiche il campo deve essere riempito di 8 Zeri.
12	Destinazione del Record	87	87	1	ENUM	Valorizzato con: - N , se il piano viene inviato per la prima volta, - M , per modificare o chiudere un piano precedentemente inviato. La chiusura di un PAI avviene inviando un PAI con "M" e data "fine validità piano" la data in cui si vuol terminare il PAI. La data di Fine Validità rimarrà sempre invariata a meno della necessità di anticipare la conclusione di un PAI. - A , per l'annullamento di un piano precedentemente inviato (in tal caso non saranno presenti record di dettaglio CREG PAI2 per le prestazioni). ATTENZIONE: l'annullamento agisce sull'intera pianificazione a parità di contatore PAI. Nel caso in cui un PAI abbia mantenuto l'identificativo "contatore PAI" negli anni, l'Annullamento eliminerà completamente tutte le pianificazioni pregresse caratterizzate dal medesimo contatore PAI
13	Codice CReG	88	90	3	CHAR	Codice CReG assegnato da RL all'assistito, così come ottenuto a valle dell'ultima procedura di riclassificazione presente nel Gestionale CReG Regionale
14	Flag congruità del Codice CReG	91	91	1	CHAR	Valorizzato con "1": nel caso di conferma da parte del MMG del codice CReG assegnato dall'algorithm all'arruolato. Valorizzato con "0" qualora il MMG voglia segnalare che la Classe CReG attribuita all'arruolato dall'algorithm sia non descrittiva della situazione di cronicità del paziente.

#	Campo	Inizio	Fine	Lunghezza	Tipo	Descrizione
15	Flag Patto di cura	92	92	1	CHAR	Valorizzato con "1": nel caso di avvenuta firma da parte del Paziente Arruolato al Patto di Cura e Consenso Informato. Valorizzato con "0" il caso contrario.

Dettaglio - CREG PAI2

#	Campo	Inizio	Fine	Lunghezza	Tipo	Descrizione
1	Ente	1	3	3	N	Codice a 3 caratteri identificativo dell'ASL
2	Codice Gestore	4	14	11	CHAR	Codice Gestore (PARTITA IVA)
3	Contatore PAI	15	24	10	CHAR	Identificativo PAI, come da campo 6 della testata
4	Data Arruolamento	25	32	8	DATA	La data di arruolamento del paziente è usata come chiave ridondante assieme al contatore del PAI (<i>ggmmaaaa</i>).
5	Data Modifica PAI	33	40	8	DATA	Data in cui è avvenuta la modifica del PAI (<i>ggmmaaaa</i>), campo da compilare ogni qualvolta si modifica il PAI. Ne caso in cui non vi sono modifiche il campo deve essere riempito di 8 Zeri.
6	Tipo Prestazione	41	42	2	ENUM	Individua la tipologia di Prestazione Pianificata. Può assumere i seguenti valori: SA – Specialistica Ambulatoriale FA – Farmaceutica PR – Protesica
7	Codice Prestazione	43	57	15	CHAR	Codice Prestazione (farmaco, lab. analisi, specialistica) con queste specifiche: <ul style="list-style-type: none"> Farmaco: ATC 7 caratteri, ossia occorre specificare il principio attivo. Lab. Analisi: Cod Nomenclatore SISS senza punti Specialistica: Cod. Nomenclatore SISS senza punti Protesica: Cod. ISO (Flusso Protesica) Allineamento a sinistra con aggiunta di spazi per i caratteri mancanti. Nel caso in cui il piano preveda più ripetizioni della medesima prestazione per lo stesso paziente questa dovrà essere comunicata su un'unica riga del file, indicandone la <u>quantità</u> nell'apposito campo.
8	Quantità	58	60	3	N	Quantità di prestazioni nell'anno. Per i farmaci inserire la quantità in giornate annuali previste nella pianificazione della copertura terapeutica: max 365
9	Data inizio Prestazione	61	68	8	DATA	Data ipotizzata di prima effettuazione della prestazione (<i>ggmmaaaa</i>). In assenza di uno specifico giorno di pianificazione, è necessario valorizzare il campo con il primo giorno del mese in cui la prestazione è prevista, ovvero con la metà del medesimo. Questo dato è evidentemente significativo per prestazioni che presentano una quantità prevista inferiore a 6 nell'anno.

NOTA: I campi di testo vanno allineati a sinistra con aggiunta di spazi, mentre quelli numerici vanno allineati a destra con aggiunta di uno o più 0 davanti.

PREPARAZIONE DEL PACKAGE

Per uniformare l'invio del flusso alle altre tipologie di Debiti Informativi è richiesta la preparazione di un package (file compresso *.zip*) contenente i file di testo *.txt* sopra descritti.

Il file compresso .zip deve obbligatoriamente essere firmato digitalmente dal Responsabile del Gestore CReG e successivamente inviato allo SMAF. Lo SMAF restituirà un errore bloccante se il file .zip non sarà firmato digitalmente.

E' necessario che i Responsabili del Gestore CReG siano correttamente censiti come utenti SMAF al fine di poter firmare Digitalmente il PAI.

INVIO DEL PACKAGE VIA SMAF

Per il Gestore, dopo l'autenticazione al debito informativo (SMAF), dalla maschera "Invio Flusso", inserire i dati richiesti, selezionare il package ed azionare il pulsante "Invio File". Al termine sarà restituito immediatamente un riscontro sull'esito dell'invio.

TEMPISTICA DELL'INVIO

I flussi dati relativi ai Piani Assistenziali Individuali, vengono trasmessi **mensilmente** e in maniera **INCREMENTALE**, a partire **dal primo giorno** ed entro **il quinto giorno** del mese successivo al periodo di riferimento.

Ogni mese si trasmettono solo i piani nuovi, le modifiche o gli annullamenti dei piani acquisiti nei mesi precedenti.

In caso di invii multipli avvenuti con successo **nello stesso periodo di riferimento**, sarà considerato valido solo il più recente che sarà quindi il solo ad essere consolidato ed a concorrere alla valorizzazione della presa in carico amministrativa ed alle valutazioni di risultato.

Il consolidamento avviene automaticamente il giorno seguente la chiusura del calendario relativo al periodo di riferimento (il sesto giorno del mese successivo al periodo di riferimento).

In mancanza di invii per un dato periodo di riferimento, tutta la reportistica di monitoraggio CReG/CReG-PAI sarà popolata con le informazioni contenute nei PAI inviati in precedenza.

CONTROLLI DI BUSINESS SUGLI INVII

Nel presente paragrafo vengono descritti i controlli effettuati sul file acquisito al momento del caricamento su SMAF.

Ogni file acquisito dal Gestore verrà confrontato con lo storico costruito fino al consolidato del mese precedente. Non vi sarà alcun controllo incrociato tra i differenti file inviati allo strumento SMAF nella stessa finestra mensile di acquisizione; come già anticipato, SMAF consoliderà l'ultimo dei file acquisiti.

Di seguito si elencano le regole di compilazione di ciascun campo e le eventuali tipologie di errore che si presenteranno nel caso di errata valorizzazione dei campi.

CREG-PAI1	Tipo errore
Campo 1 - Codice Ente Può assumere solo uno dei seguenti valori 301, 303, 305, 308, 310	<ul style="list-style-type: none"> Bloccante invio
Campo 2 – Codice Gestore Verifica che la P.I. del Gestore sia una delle P.I. presente nel Gestionale Creg.	<ul style="list-style-type: none"> Bloccante invio
Campo 3 – Codice Medico Controllo appartenenza del Codice MMG ad un medico appartenente all'Ente ed al Gestore dichiarato.	<ul style="list-style-type: none"> Bloccante Invio
Campo 4 – C.F. Assistito Controllo appartenenza del C.F. ad uno dei pazienti arruolati presenti nel Gestionale CReG (saranno accettati i PAI dei soli pazienti arruolati almeno una volta)	<ul style="list-style-type: none"> Bloccante invio
Campo 001, 002, 004 – Codice Ente, PI Gestore, CF assistito Si verifica che le associazioni dei tre campi Codice Ente, PI Gestore, CF assistito corrispondano a quelle presenti nel Gestionale CReG	<ul style="list-style-type: none"> Bloccante invio
Campo 5 – Sesso Verifica congruenza campo Sesso con campo C.F.: <ul style="list-style-type: none"> se Sesso = F, posizioni 10 e 11 nel CF = 40+giorno_nascita se Sesso = M, posizioni 10 e 11 nel CF = giorno_nascita 	<ul style="list-style-type: none"> Warning

CREG-PAI1	Tipo errore
Campo 6 - Data di Nascita Verifica coerenza data di nascita con C.F.	<ul style="list-style-type: none"> Warning
Campo 7 – Contatore PAI <ul style="list-style-type: none"> Deve essere univoco nella testata di ogni invio a parità di Gestore 	<ul style="list-style-type: none"> Bloccante invio
Campo 8 – Data Arruolamento Deve coincidere con la data di arruolamento presente nel Gestionale CreG per quel paziente	<ul style="list-style-type: none"> Bloccante invio
Campo 9– Inizio Validità Piano <ul style="list-style-type: none"> Posteriore o coincidente con la Data di Arruolamento; 	<ul style="list-style-type: none"> Bloccante Invio
<ul style="list-style-type: none"> Allo scadere di un piano con Destinazione Record “N”, è possibile l’invio solo di un nuovo PAI con destinazione record N e nuovo contatore 	<ul style="list-style-type: none"> Bloccante Invio
<ul style="list-style-type: none"> I valori (Data Fine Validità Piano - Data Inizio Validità Piano) non possono essere maggiori di 365 giorni, ossia [(Data Fine Validità Piano - Data Inizio Validità Piano)<=365]. <i>La Data Inizio Validità e la Data Fine Validità, unitamente allo stato di arruolamento dell’Assistito, determinano il periodo di presa in carico remunerato.</i> Si accettano piani con Data Inizio Validità e la Data Fine Validità coincidenti, per esprimere che un PAI ha validità di un giorno. 	<ul style="list-style-type: none"> Bloccante Invio
<ul style="list-style-type: none"> Ogni piano con Destinazione Record “M” o “A” deve avere la Data di Inizio Validità Piano coincidente con la medesima data proposta nel piano già inviato con medesimo contatore PAI con Destinazione “N”. 	<ul style="list-style-type: none"> Bloccante Invio
<ul style="list-style-type: none"> Mancata continuità di presa in carico amministrativa: l’invio di un nuovo PAI (con Destinazione Record “N”), deve avvenire al più tardi entro la finestra di acquisizione SMAF relativa al secondo mese dalla Data fine Validità del piano precedente. 	<ul style="list-style-type: none"> Warning
Campo 10 – Fine Validità Piano <ul style="list-style-type: none"> Ogni piano con Destinazione Record “N” che “M”, deve essere valorizzata la data di Fine Validità Piano. Solo i piani con Destinazione Record “A” possono non averla. 	<ul style="list-style-type: none"> Bloccante invio
<ul style="list-style-type: none"> Il piano con Destinazione Record “M” o “A” può avere la Data di Fine Validità Piano minore o uguale alla Data di Fine Validità proposta nel piano, già inviato con medesimo contatore PAI, con Destinazione “N”. 	<ul style="list-style-type: none"> Bloccante invio
Campo 11 – Data Modifica PAI <ul style="list-style-type: none"> Per i piani “N” il campo deve essere valorizzato con 8 Zeri Per i piani “M” il campo deve essere valorizzato con la data di Modifica del Piano Per i piani “M” la Data Modifica deve essere superiore alla Data Inizio Validità Piano 	<ul style="list-style-type: none"> Bloccante Invio Bloccante Invio Bloccante Invio
Campo 12 – Destinazione Record <ul style="list-style-type: none"> Se Destinazione Record vale “A”, non devono esistere record corrispondenti nel file di dettaglio CReGPAI2; 	<ul style="list-style-type: none"> Bloccante Invio
<ul style="list-style-type: none"> Ogni piano con Destinazione Record “M” e stesso Contatore PAI di un piano “N” già inviato ma scaduto viene rifiutato; 	<ul style="list-style-type: none"> Bloccante Invio
<ul style="list-style-type: none"> A parità di Contatore PAI e CF, non possono esistere due (o più) righe con Destinazione Record “N” nello stesso invio o in invii diversi (già precedentemente inviati); 	<ul style="list-style-type: none"> Bloccante Invio
<ul style="list-style-type: none"> A parità di CF, nello stesso invio non possono esistere due (o più) righe con Destinazione Record “N” e con diverso Contatore PAI; 	<ul style="list-style-type: none"> Bloccante Invio
<ul style="list-style-type: none"> A parità di CF, per tutte le righe con Destinazione Recrd “N” non devono esserci PAI negli invii precedenti sovrapposto, ossia con data di inizio e fine validità che si sovrappongano alla data di inizio e fine validità del PAI presente nel consolidato; 	<ul style="list-style-type: none"> Warning
<ul style="list-style-type: none"> A parità di CF e Contatore PAI, per ogni record nuovo (Destinazione Record “N”) non può esistere nello stesso invio un altro modificato con Destinazione Record “M”; 	<ul style="list-style-type: none"> Bloccante Invio

CREG-PAI1	Tipo errore
<ul style="list-style-type: none"> Per ogni riga con Destinazione Record "M" inviata per un dato CF, deve esistere negli invii precedenti un'altra riga con Destinazione Record "N", stesso CF e stesso Contatore PAI; 	<ul style="list-style-type: none"> Bloccante Invio
<ul style="list-style-type: none"> Per ogni riga con Destinazione Record "A", deve esistere un piano inviato in precedenza con stesso Contatore PAI; 	<ul style="list-style-type: none"> Bloccante Invio
<ul style="list-style-type: none"> Per un dato CF non possono esistere nello stesso invio, due piani con Destinazione Record "M" (uguale o diverso Contatore PAI di una riga con Destinazione Record "N" negli invii precedenti). 	<ul style="list-style-type: none"> Bloccante Invio
<ul style="list-style-type: none"> Per ogni riga con Destinazione Record "N" e "M", a parità di Contatore PAI e CF, deve esistere nel medesimo invio il corrispondente file di dettaglio CReGPAI2 	<ul style="list-style-type: none"> Bloccante Invio
Campo 13– Codice CReG <ul style="list-style-type: none"> Verifica corrispondenza Codice CReG del PAI con codice CReG di un paziente arruolato con quanto presente nel Gestionale Creg. 	<ul style="list-style-type: none"> Bloccante invio
Campo 14 – Flag congruità Codice CReG <ul style="list-style-type: none"> Informazione fornita dal MMG circa la rappresentatività o meno del codice CReG assegnato dall'algoritmo all'arruolato. 	<ul style="list-style-type: none"> Verifica Formale presenza 0 o 1
Campo 15– Flag Patto di cura <ul style="list-style-type: none"> Informazione circa l'avvenuta sottoscrizione da parte del Paziente Arruolato del Patto di Cura e consenso informato all'utilizzo dei dati Clinici e Amministrativi da parte degli Operatori del Gestore CReG. 	<ul style="list-style-type: none"> Verifica Formale presenza 0 o 1

CREG-PAI2	Tipo errore
Campo 1 - Codice Ente <ul style="list-style-type: none"> Può assumere solo uno dei seguenti valori 301, 303, 305, 308, 310 	<ul style="list-style-type: none"> Bloccante invio
Campo 2 – Codice Gestore <ul style="list-style-type: none"> Verifica che la P.I. del Gestore sia una delle P.I. presente nel Gestionale Creg. 	<ul style="list-style-type: none"> Bloccante invio
Campo 3 – Contatore PAI <ul style="list-style-type: none"> Deve essere il medesimo contatore PAI proposto nella testata Creg-PAI1 	<ul style="list-style-type: none"> Bloccante invio
Campo 4 – Data arruolamento Deve coincidere con la data di arruolamento presente nel Gestionale CReG per quel paziente e deve essere la medesima proposta nella testata Creg-PAI1	<ul style="list-style-type: none"> Bloccante invio
Campo 5 – Data modifica PAI <ul style="list-style-type: none"> Per i piani "N" il campo deve essere valorizzato con gli Zeri Per i piani "M" il campo deve essere valorizzato con la data di Modifica del Piano e deve essere la medesima proposta nella testata Creg-PAI1 	<ul style="list-style-type: none"> Bloccante invio Bloccante invio
Campo 6 – Tipo Prestazione <ul style="list-style-type: none"> Può assumere i solo valori "SA", "FA", "PR" 	<ul style="list-style-type: none"> Bloccante invio
Campo 7 – Codice Prestazione Se campo 5 è uguale a: <ul style="list-style-type: none"> SA, allora campo 6 (Codice Prestazione) deve essere un codice SISS presente nel Nomenclatore FA, il campo 6 deve essere un codice ATC lungo 7 caratteri. 	<ul style="list-style-type: none"> Bloccante Invio
Campo 8 – Quantità <ul style="list-style-type: none"> se campo 6 = FA, deve essere minore o uguale a 365 Il campo deve sempre essere compilato con un numero diverso da Zero 	<ul style="list-style-type: none"> Warning Warning
Campo 9 – Data Inizio Prestazione <ul style="list-style-type: none"> Deve essere successiva o coincidente con la Data Inizio Validità Piano (e successiva o coincidente con la Data di Arruolamento) presente nel corrispondente record del PAI1 	<ul style="list-style-type: none"> Bloccante invio

FILE	CAMPO	OBBLIGATORIETA'	TIPO ERRORE	CHIAVI PRIMARIE
CREGPAI1	Codice Ente	S	Errore Bloccante Invio	Errore Bloccante Invio
CREGPAI1	Codice Gestore	S	Errore Bloccante Invio	Errore Bloccante Invio
CREGPAI1	Codice Medico	S	Errore Bloccante Invio	
CREGPAI1	Codice Fiscale Assistito	S	Errore Bloccante Invio	
CREGPAI1	Sesso	S	Errore Bloccante Invio	
CREGPAI1	Data di Nascita	S	Avvertimento	
CREGPAI1	Contatore PAI	S	Errore Bloccante Invio	Errore Bloccante Invio
CREGPAI1	Data Arruolamento	S	Errore Bloccante Invio	
CREGPAI1	Inizio validità piano	S	Errore Bloccante Invio	
CREGPAI1	Fine validità piano	S	Errore Bloccante Invio	
CREGPAI1	Data Modifica PAI	S	Errore Bloccante Invio	
CREGPAI1	Destinazione Record	S	Errore Bloccante Invio	
CREGPAI1	Codice Creg	S	Errore Bloccante Invio	
CREGPAI1	Flag Congruità Codice Creg	S	Avvertimento	
CREGPAI1	Flag Patto di cura	S	Avvertimento	
CREGPAI2	Codice Ente	S	Errore Bloccante Invio	Errore Bloccante Invio
CREGPAI2	Codice Gestore	S	Errore Bloccante Invio	Errore Bloccante Invio
CREGPAI2	Contatore PAI	S	Errore Bloccante Invio	Errore Bloccante Invio
CREGPAI2	Data Arruolamento	S	Errore Bloccante Invio	
CREGPAI2	Tipo Prestazione	S	Errore Bloccante Invio	
CREGPAI2	Data Modifica PAI	S	Errore Bloccante Invio	
CREGPAI2	Codice Prestazione	S	Errore Bloccante Invio	Errore Bloccante Invio
CREGPAI2	Quantità	S	Errore Bloccante Invio	
CREGPAI2	Data inizio Prestazione	S	Errore Bloccante Invio	

2.2 FLUSSO CReG PRESTAZIONI: FLUSSO CReG GEST

A partire dal 2015 viene attivato, per i Gestori CReG il servizio di acquisizione del nuovo flusso di prestazioni erogate presso gli studi dei medici appartenenti al Gestori CReG, mediante il Sistema Modulare di Accoglienza dei Debiti Informativi (SMAF).

Si è previsto di impiegare tale sistema per governare l'intero processo di acquisizione e restituzione degli esiti di tale flusso che ogni Gestore ha l'onere di inviare mensilmente alla DGS.

INVIO DEL DEBITO INFORMATIVO

Il flusso informativo CReG GEST è costituito da due file che tengono separate le informazioni anagrafiche dalle informazioni riguardanti le prestazioni erogate agli assistiti arruolati.

RACCOLTA DEI FILE

Il tracciato record è strutturato in due file così denominati:

- "CREG FIMAD1.txt", file di *testata*, contenente i dati anagrafici del paziente e l'identificativo del Piano Assistenziale Individuale che definisce le principali caratteristiche dell'assistito CReG, del MMG che lo ha in carico e del Gestore di appartenenza;
- "CREG FIMAD2.txt", file di *dettaglio*, contenente i dettaglio delle prestazioni erogate.

I campi Periodo Contabile, Codice Gestore, Codice Regionale del Medico ed il Codice identificativo della prestazione sono comuni ai due suddetti file e costituiscono le chiavi di legame tra *testata* e *dettaglio*.

Per ogni paziente CReG arruolato dovranno essere inviati un file di *testata* ed un file di *dettaglio*, quest'ultimo composto da numero variabile di record, ciascuno dei quali corrispondente ad una prestazione erogata in linea con il PAI dell'assistito.

Testata - CREG FIMAD1

Id	Campo	Inizio	Fine	Lunghezza	Tipo	Descrizione
1	Periodo Contabile	1	6	6	DATE	Mese ed Anno Contabile (mmaaaa)
2	Codice Gestore	7	17	11	CHAR	Codice fiscale del soggetto gestore
3	Codice Medico	18	22	5	ENUM	Codice regionale del medico
4	Id Contatore	23	32	10	CHAR	Codice identificativo della prestazione
5	Codice Fiscale	33	48	16	ENUM	Codice fiscale assistito

Dettaglio - CREG FIMAD2

Id	Campo	Inizio	Fine	Lunghezza	Tipo	Descrizione
1	Periodo Contabile	1	6	6	DATE	Mese ed Anno Contabile (mmaaaa)
2	Codice Gestore	7	17	11	CHAR	Codice fiscale del soggetto gestore
3	Codice Medico	18	22	5	ENUM	Codice regionale del medico
4	Id Contatore	23	32	10	CHAR	Codice identificativo della prestazione
5	Data Esecuzione Prestazione	33	40	8	DATE	Data prestazione in ambulatorio e/o erogazioni prestazioni telemedicina (ggmmaaaa)
6	Tipo Prestazione	41	42	2	ENUM	01 - Prestazione erogata presso studio MMG 02 - Prestazione erogata in Telemedicina 03 - Prestazione erogata in Teleconsulto
7	Gestore Telemedicina	43	53	11	CHAR	Codice fiscale società di servizi della telemedicina (compilare solo in caso di servizi di Telemedicina 02, altrimenti riempire con 11 zeri)
8	CF Operatore	54	69	16	CHAR	Codice fiscale operatore che esegue e/o referta prestazioni specialistiche generaliste
9	Codice Prestazione	70	77	8	ENUM	Vedi Tabella 1
10	Quantità	98	99	2	NUM	Inserire il numero delle prestazioni erogate

NOTA: I campi di testo vanno allineati a sinistra con aggiunta di spazi, mentre quelli numerici vanno allineati a destra con aggiunta di uno o più 0 davanti.

ELENCO PRESTAZIONI SPECIALISTICHE

Nella Tabella 1 seguente vengono specificate le prestazioni specialistiche che possono essere erogate presso gli studi medici dei Gestori CReG e rendicontate con il flusso in questione. I codici indicati sono gli stessi che vengono utilizzati per le analoghe prestazioni rilevate attraverso il flusso informativo di cui alla Circolare 28/San/96 e s.m.i..

Codice Nomenclatore	Descrizione Breve
90141	COLESTEROLO HDL
90143	COLESTEROLO TOTALE
90163	CREATININA [S/U/dU/La]
90271	GLUCOSIO [S/P/U/dU/La]
90281	Hb - EMOGLOBINA GLICATA
90374	POTASSIO [S/U/dU/(Sg)Er]
90404	SODIO [S/U/dU/(Sg)Er]
90432	TRIGLICERIDI
90435	URATO [S/U/dU]
90045	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]

Codice Nomenclatore	Descrizione Breve
90255	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) [S/U]
90754	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)
90755	TEMPO DI TROMBINA (TT)
90761	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE (PTT)
88741	ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE
88751	ECOGRAFIA DELL' ADDOME INFERIORE
88761	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO
89611	MONITORAGGIO CONTINUO [24 ORE] DELLA PRESSIONE ARTERIOSA
8952	ELETTROCARDIOGRAMMA
89371	SPIROMETRIA SEMPLICE
95091	ESAME DEL FUNDUS OCULI
88735	ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI
88772	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA

Tabella 1 - Prestazioni Erogate e relativa codifica

PREPARAZIONE DEL PACKAGE

Per uniformare l'invio del flusso alle altre tipologie di Debiti Informativi è richiesta la preparazione di un package (file compresso .zip) contenente i file di testo .txt come sopra descritto.

Il caricamento del file compresso .zip non richiede l'apposizione di una firma digitale, ma la semplice autenticazione con Carta Operatore, CRS cittadino o login IDPC.

INVIO DEL PACKAGE VIA SMAF

Per il Gestore, dopo l'autenticazione al debito informativo (SMAF), dalla maschera "Invio Flusso", inserire i dati richiesti, selezionare il package ed azionare il pulsante "Invio File". Al termine sarà restituito immediatamente un riscontro sull'esito dell'invio.

Alla ASL, a seguito dell'acquisizione, sarà reso disponibile il package (uno per ogni Gestore ad essa afferente) comprensivo del file di testata e di quello di dettaglio, per eventuali controlli. A seguito di eventuali verifiche, potrà:

- Approvarlo, in modo da rendere disponibile il file ai sistemi centrali per attività di verifica/reporting;
- Rifiutarlo, per restituirlo al mittente (Gestore) per opportune modifiche/integrazioni.

TEMPISTICA DELL'INVIO

I flussi dati relativi alle Prestazioni Specialistiche, vengono trasmessi **mensilmente e in maniera INCREMENTALE**, entro **il 15 del mese successivo al periodo di riferimento**.

Ad esempio il flusso relativo al periodo gennaio 2015, dovrà essere trasmesso entro il 15 febbraio (compreso).

Il consolidamento avviene automaticamente il giorno seguente la chiusura del calendario relativo al periodo di riferimento (il sedicesimo giorno del mese successivo al periodo di riferimento).

CONTROLLI DI INTEGRITÀ SUGLI INVII

All'atto dell'invio (mensile) del flusso da parte del Gestore, i seguenti controlli vengono effettuati in tempo reale da SMAF restituendo all'utente dei riscontri "parlanti" a seconda dei tipi di errori rilevati.

FIMAD1	Tipo errore
Campo 1 – Periodo Contabile Ha formato del tipo MMAAAA (6 caratteri)	Bloccante invio
Campo 2 – Codice Gestore Deve essere la partita Iva di uno dei Gestori CReG (11 caratteri)	Bloccante invio
Campo 3 – Codice Medico Deve essere il codice regionale di uno dei MMG CReG.	Bloccante invio
Campo 4 – Id Contatore 10 caratteri	Bloccante invio
Campo 5 – Codice Fiscale Può essere solo uno dei CF degli assistiti CReG arruolati almeno 1 volta	Bloccante invio

FIMAD2	Tipo errore
Campo 1 – Periodo Contabile Ha formato del tipo MMAAAA (6 caratteri)	Bloccante invio
Campo 2 – Codice Gestore Verifica che la P.I. del Gestore sia una delle P.I. presente nel Gestionale Creg.	Bloccante invio
Campo 3 – Codice Medico Controllo appartenenza del Codice MMG ad un medico appartenente all’Ente ed al Gestore dichiarato.	Bloccante invio
Campo 4 – Id contatore 10 caratteri	Bloccante invio
Campo 5 - Data esecuzione prestazione Deve avere formato del tipo ggmmaaaa	Bloccante invio
Campo 6 - Tipo prestazione Può valere solo “01”, “02” oppure “03”	Bloccante Invio
Campo 7 - Gestore telemedicina Se campo 7 = “01” o “03” deve essere riempito con 11 zeri, se campo 7 = “02” è una P.I. con 16 caratteri	Bloccante Invio
Campo 8 - CF Operatore Verifica formale del CF	Bloccante Invio
Campo 9 – Codice Prestazione Può essere solo uno dei codici prestazioni elencate in Tabella 1	Bloccante Invio
Campo 10 – Quantità Può assumere valori da 00 a 99	Bloccante Invio

FILE	CAMPO	OBBLIGATORIETA'	TIPO ERRORE	CHIAVE PRIMARIA
CREGPS1	Periodo Contabile	S	Errore Bloccante Invio	Bloccate Invio
CREGPS1	Codice Gestore	S	Errore Bloccante Invio	Bloccate Invio
CREGPS1	Codice Medico	S	Errore Bloccante Invio	Bloccate Invio
CREGPS1	Id Contatore	S	Errore Bloccante Invio	Avvertimento
CREGPS1	Codice Fiscale	S	Errore Bloccante Invio	
CREGPS2	Periodo Contabile	S	Errore Bloccante Invio	Bloccate Invio
CREGPS2	Codice Gestore	S	Errore Bloccante Invio	Bloccate Invio
CREGPS2	Codice Medico	S	Errore Bloccante Invio	Bloccate Invio
CREGPS2	Id Contatore	S	Errore Bloccante Invio	Avvertimento
CREGPS2	Data esecuzione prestazione	S	Errore Bloccante Invio	Avvertimento
CREGPS2	Tipo prestazione	S	Errore Bloccante Invio	
CREGPS2	Gestore telemedicina	S	Errore Bloccante Invio	
CREGPS2	CF Operatore	S	Errore Bloccante Invio	
CREGPS2	Codice Prestazione	S	Errore Bloccante Invio	
CREGPS2	Quantità	S	Errore Bloccante Invio	

2.3 FLUSSO CReG CENTRO SERVIZI

Dal mese di aprile 2014 è stato attivato il flusso relativo alle attività erogate dal Centro Servizio dei Gestori CReG mediante il Sistema Modulare di Accoglienza dei Debiti Informativi (SMAF).

Si è previsto di impiegare tale sistema per governare l'intero processo di acquisizione e restituzione degli esiti di tale flusso che ogni Gestore ha l'onere di inviare *trimestralmente* alla DGS.

INVIO DEL DEBITO INFORMATIVO

Il flusso informativo CReG - Centro Servizi è costituito da un solo file, denominato "CREG CS.txt", contenente informazioni riguardanti il Gestore e l'operatore che ha svolto l'attività, l'assistito arruolato contattato dal Gestore, il momento ed il motivo del contatto, lo stato del ticket al termine della chiamata.

Testata - CREG CS

Id	Campo	Inizio	Fine	Lunghezza	Tipo	Descrizione
1	Id ticket	1	10	10	AN	Codice identificativo del ticket aperto (ogni chiamata corrisponde ad un ticket)
2	Codice Gestore	11	21	11	AN	Codice fiscale del soggetto Gestore
3	CF	21	36	16	AN	Codice fiscale assistito chiamante e/o ricevente
4	Data	37	44	8	AN	Inserire data della chiamata - apertura del ticket (ggmmaaaa)
5	Ora inizio	45	49	5	AN	Inserire l'ora di inizio chiamata (oo.mm)
6	Ora fine	50	54	5	AN	Inserire l'ora di chiusura chiamata (oo.mm)
7	Tipo ticket	55	55	1	AN	E- chiamata in entrata proveniente da assistito U - chiamata in uscita effettuata dal centro servizi per la gestione organizzativa del percorso clinico dell'assistito
8	Codice ticket	56	57	2	AN	Inserire codici definiti nella Tabella 1 o 2 di seguito indicate
9	Motivo ticket	58	87	30	AN	Inserire descrizione (es. informazioni, prenotazioni, richiesta di....)
10	Inoltro	88	89	2	AN	In caso di chiamata in entrata in emergenza indicare l'inoltro verso second opinion o servizio emergenza urgenza: 01- second opinion, 02 - attivazione 118
11	Operatore inoltro	90	105	16	AN	Codice Fiscale operatore che gestisce secondo livello (obbligatorio in caso di inserimento del valore "01" nel campo inoltro)
12	Stato ticket	106	107	2	AN	01 - chiuso, 02 - in attesa di chiusura, 03 - in attesa di chiusura per criticità
13	Nota	108	137	30	AN	Inserire nota operatore
14	Data chiusura	138	145	8	AN	Data chiusura del ticket

NOTA: I campi di testo vanno allineati a sinistra con aggiunta di spazi, mentre quelli numerici vanno allineati a destra con aggiunta di uno o più 0 davanti.

Descrizione chiamate in uscita "U"	Codice
Contatti per verifiche su cure e follow-up	UA
Contatti per segnalazione scadenze	UB
Contatti per prenotazione di prestazioni per conto assistito	UC
Verifica adesione PDTA	UD
Verifica compliance farmacologica	UE

Tabella 2- Codici chiamate in Uscita

Descrizione chiamate in entrata "E"	Codice
Chiamata emergenza	EA
Chiamata urgente differibile	EB
Chiamata consulenza clinica senza sintomi in condizioni di gestione ordinari	EC
Chiamata per informazioni di tipo amministrativo (prenotazioni, richieste varie, reclami)	ED
Chiamata inappropriata (altro)	EE

Tabella 3- Codici chiamate in Entrata

PREPARAZIONE DEL PACKAGE

Per uniformare l'invio del flusso alle altre tipologie di Debiti Informativi è richiesta la preparazione di un package (file compresso .zip) contenente il file di testo "CREG CS.txt".

Il caricamento del file compresso .zip non richiede l'apposizione di una firma digitale, ma semplice autenticazione con Carta Operatore, CRS cittadino o login IDPC.

INVIO DEL PACKAGE VIA SMAF

Per il Gestore, dopo l'autenticazione al debito informativo (SMAF), dalla maschera "Invio Flusso", inserire i dati richiesti, selezionare il package ed azionare il pulsante "Invio File". Al termine sarà restituito immediatamente un riscontro sull'esito dell'invio.

Alla ASL, a seguito dell'acquisizione, sarà reso disponibile il package (uno per ogni Gestore ad essa afferente) comprensivo del file di testata e di quello di dettaglio, per eventuali controlli. A seguito di eventuali verifiche, potrà:

- Approvarlo, in modo da rendere disponibile il file ai sistemi centrali per attività di verifica/reporting;
- Rifiutarlo, per restituirlo al mittente (Gestore) per opportune modifiche/integrazioni.

TEMPISTICA DELL'INVIO

I flussi dati relativi al Centro Servizi, vengono trasmessi **trimestralmente e in maniera INCREMENTALE**, entro **il 15 del mese successivo al periodo di riferimento**.

CONTROLLI DI INTEGRITÀ SUGLI INVII

All'atto dell'invio (trimestrale) del flusso da parte del Gestore, i seguenti controlli vengono effettuati in tempo reale da SMAF restituendo all'utente dei riscontri "parlanti" a seconda dei tipi di errori rilevati.

Centro Servizi	Tipo errore
Campo 1 – Id Ticket Deve essere 10 caratteri	Bloccante Invio
Campo 2 – Codice Gestore Deve essere la partita Iva di uno dei Gestori CReG (11 caratteri)	Bloccante invio
Campo 3 – CF Può essere solo uno dei CF degli assistiti CReG arruolati almeno 1 volta	Bloccante invio
Campo 4 – Data Deve avere formato del tipo ggmmaaaa	Warning
Campo 5 – Ora Inizio Deve avere formato del tipo oomm	Warning
Campo 6 – Ora Fine Deve avere formato del tipo oomm	Warning
Campo 7 - Tipo Ticket Può avere valore "E" oppure "U"	Bloccante invio
Campo 8 - Codice Ticket Se campo7=E, può valere EA, EB, EC, ED, EE Se campo7=U, può valere UA, UB, UC, UD, UE	Bloccante invio

Centro Servizi	Tipo errore
Campo 9 - Motivo Ticket Max 20 caratteri	Warning
Campo 10 - Inoltro Se presente e se campo 7 = EA allora campo 10 = "01" oppure "02"	Bloccante Invio
Campo 11 - CF Operatore Se campo10=01, questo campo è obbligatorio e deve contenere un CF a 16 caratteri.	Bloccante Invio
Campo 12 – Stato Ticket Può avere solo uno dei seguenti valori "01", "02", "03"	Bloccante Invio
Campo 13 – Nota operatore Massimo 30 caratteri	Warning
Campo 14 – Data Chiusura Deve avere formato del tipo ggmmaaaa	Warning

ALLEGATO B)- Sub Allegato 8 - "Revisione Sub Allegato A "Tariffe 108 DRG a rischio di inappropriatazza" di cui alla DGR n. X/1185/2013"

Codice ICD-9-CM	Descrizione	Tariffa in €	DRG di interesse	DRG a rischio inappropriatazza (Patto per la Salute 2010-2012)
04.44	LIBERAZIONE DEL TUNNEL TARSALE	1.816	008, 225	Allegato A
05.29	ALTRE SIMPATECTOMIE E GANGLIECTOMIE	2.075	007, 008	Allegato B
13.19	ALTRA ESTRAZIONE INTRACAPSULARE DEL CRISTALLINO	839	039	Allegato A
13.70	INSERZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE, SAI	843	039	Allegato B
13.71	INSERZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE INTRAOCULARE AL MOMENTO DELLA ESTRAZIONE DI CATARATTA, ESEGUITI IN CONTEMPORANEA	850	039	Allegato A
13.72	IMPIANTO SECONDARIO DI CRISTALLINO ARTIFICIALE	848	039	Allegato A
13.8	RIMOZIONE DI CRISTALLINO IMPIANTATO	847	039	Allegato A
18.31	ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE DELL'ORECCHIO ESTERNO	1.100	055, 270	Allegato B
18.39	ALTRA ASPORTAZIONE DELL'ORECCHIO ESTERNO	1.200	055, 270	Allegato B
21.5	RESEZIONE SOTTOMUCOSA DEL SETTO NASALE	1.373	055	Allegato B
21.61	TURBINECTOMIA MEDIANTE DIATERMIA O CRIOCHIRURGIA	1.381	055	Allegato B
21.62	FRATTURA DEI TURBINATI	1.382	055	Allegato B
21.69	ALTRA TURBINECTOMIA	1.381	055	Allegato B
30.09	ALTRA ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELLA LARINGE	1.376	055	Allegato B
33.27	BIOPSIA ENDOSCOPICA DEL POLMONE	2.600	076, 077, 402, 408	Allegato B
53.01	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE DIRETTA	1.118	162, 163	Allegato A
53.02	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE INDIRETTA	1.063	162, 163	Allegato A
53.03	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE DIRETTA CON INNESTO O PROTESI	1.122	161-163	Allegato B
53.04	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE INDIRETTA CON INNESTO O PROTESI	1.120	161-163	Allegato B
53.05	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE CON INNESTO O PROTESI, SAI	1.114	161-163	Allegato B
53.21	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA CRURALE CON INNESTO O PROTESI	1.120	162	Allegato A
53.29	ALTRA ERNIORRAFIA CRURALE MONOLATERALE	1.105	162, 163	Allegato A
53.41	RIPARAZIONE DI ERNIA OMBELICALE CON PROTESI	1.502	159, 160, 163	Allegato A
53.49	ALTRA ERNIORRAFIA OMBELICALE	1.467	159, 160, 163	Allegato A
63.1	ASPORTAZIONE DI VARICOCELE E IDROCELE DEL CORDONE SPERMATICO	1.472	339-340	Allegato B
63.2	ASPORTAZIONE DI CISTI DELL'EPIDIDIMO O SPERMATOCELE	1.580	339-340	Allegato B
67.2	CONIZZAZIONE DELLA CERVICE	1.114	363, 364	Allegato B
67.39	ALTRA ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELLA CERVICE	974	360, 375	Allegato B
68.29	ALTRA ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE DELL'UTERO	2.133	354, 355, 357-359, 377	Allegato B
78.60	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO IMPIANTATO, SEDE NON SPECIFICATA	2.333	537, 538	Allegato B
78.61	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO IMPIANTATO DA SCAPOLA, CLAVICOLA E TORACE (COSTE E STERNO)	2.306	537, 538	Allegato B
78.62	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO IMPIANTATO DALL'OMERO	2.332	537, 538	Allegato B
78.63	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO IMPIANTATO DA RADIO E ULNA	2.342	537, 538	Allegato B
78.64	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO IMPIANTATO DA CARPO E METACARPO	1.423	537, 538	Allegato B
78.66	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO IMPIANTATO DALLA ROTULA	2.324	537, 538	Allegato B
78.67	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO IMPIANTATO DA TIBIA E FIBULA	2.316	537, 538	Allegato B

78.68	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO IMPIANTATO DA TARSO E METATARSO	1.436	537, 538	Allegato B
78.69	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO IMPIANTATO DA ALTRE OSSA	2.316	537, 538	Allegato B
80.20	ARTROSCOPIA, SEDE NON SPECIFICATA	1.361	232	Allegato A
82.35	ALTRA FASCECTOMIA DELLA MANO	1.228	228, 229	Allegato B
83.39	ASPORTAZIONE DI LESIONE DI ALTRI TESSUTI MOLLI	1.350	226, 227, 270	Allegato B
84.01	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DI DITA DELLA MANO	1.500	229, 441	Allegato A
84.02	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DEL POLLICE	1.600	229, 441	Allegato A
84.11	AMPUTAZIONE DI DITA DEL PIEDE	2.500	114, 225	Allegato A
86.63	INNESTO DI CUTE A TUTTO SPESSORE IN ALTRA SEDE	1.396	264-266	Allegato B
86.66	OMOINNESTO SULLA CUTE	2.500	120, 217, 263-266	Allegato B
86.67	INNESTO DI DERMA RIGENERATIVO	2.500	120, 217, 263-266, 439	Allegato B
86.69	ALTRO INNESTO DI CUTE SU ALTRE SEDI	1.500	120, 217, 263-266, 439	Allegato B
86.89	ALTRA RIPARAZIONE O RICOSTRUZIONE DI CUTE E TESSUTO SOTTOCUTANEO	1.731	268, 443	Allegato B
98.51	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE E/O VESCICA	472	323	Allegato A
98.52	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DELLA COLECISTI E/O DOTTO BILIARI	472	208	Allegato A
98.59	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DI ALTRE SEDI	472	208, 323	Allegato A

ALLEGATO C

REGOLE DI SISTEMA 2015: AMBITO SOCIOSANITARIO

INDICE

1. PREMESSA GENERALE.....	3
2. RISPOSTA INTEGRATA AL BISOGNO.....	4
2.1 L'integrazione delle risorse.....	4
2.2 Budget di cura.....	4
2.3 Centri Multiservizi per la persona.....	5
3. RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE DI OFFERTA SOCIOSANITARIA.....	6
3.1 Valutazione multidimensionale del bisogno.....	6
3.2 Definizione del modello di valutazione del bisogno per le tossicodipendenze.....	6
3.3 Costi standard per le RSA.....	7
3.4 Linee per l'evoluzione della DGR n. 116/2013.....	8
4. PROGRAMMAZIONE E GOVERNO DELLA RETE.....	11
4.1 Sistemizzazione azioni innovative sperimentate ai sensi delle DDGR n. 3239/2012 e n. 499/2013 11	
4.2 Sviluppo dell'offerta sociosanitaria.....	12
4.3 Accreditamento delle Unità d'offerta Sociosanitarie.....	14
4.4 Programmazione Sociale.....	15
4.5 Linee guida tutela minori.....	15
4.6 Contrasto e prevenzione della violenza nei confronti delle donne.....	16
4.7 Piano dei controlli.....	16
4.8 Sistema informativo.....	26
5. NEGOZIAZIONE RISORSE E CONTRATTO.....	29
5.1 Contratto.....	29
5.1.1 Regole per l'accesso al contratto.....	29
5.1.2 Nuovo schema di contratto tipo tra ASL e soggetto gestore.....	32
5.1.3 Disciplina del contratto unico.....	36
5.2 Budget.....	37
5.2.1 Il modello di governo delle risorse in ambito ASSI.....	37
5.2.2 Le regole di definizione del budget per il 2015 per le unità di offerta a budget.....	38
5.2.3 Budget altri costi.....	39
5.2.4 Giornata di accettazione e di dimissione, sospensioni, ricoveri, assenze e decesso nei servizi residenziali e semiresidenziali.....	40
5.2.5 Il contratto e la scheda di budget.....	41
5.2.6 Applicazione sistema vendor rating RSA.....	42
APPENDICE.....	45

1. PREMESSA GENERALE

Le regole del sistema sociosanitario per il 2015 vengono definite in un quadro di incertezza per quanto riguarda le risorse economiche a livello nazionale e, comunque, considerando una riduzione di 15 milioni di euro della quota di Fondo Sanitario Regionale destinata al sistema sociosanitario lombardo.

Il sistema sociosanitario inoltre, nel 2015 potrebbe essere interessato da importanti cambiamenti sia sul fronte di un aggiornamento possibile dei LEA, sia da primi impatti derivanti dalla proposta di riforma sociosanitaria così come delineata nel Libro Bianco pubblicato nel mese di giugno 2014.

In ambito sociosanitario si mantiene l'obiettivo di garantire il soddisfacimento dei bisogni delle persone, dando priorità allo sviluppo dei servizi e degli interventi destinati alle persone fragili ed alle loro famiglie. Si conferma pertanto la linea strategica che ha guidato i primi anni della X Legislatura, ovvero giungere al pieno riconoscimento del "diritto di fragilità".

Per questo motivo, nel 2015 saranno ulteriormente potenziate le azioni prioritarie di intervento fino ad oggi promosse, in particolare:

- lo sviluppo e la promozione dell'integrazione tra sanitario, sociosanitario e sociale al fine di garantire una risposta globale alla multidimensionalità dei bisogni espressi dalla persona e dalla sua famiglia;
- lo sviluppo coordinato dei due pilastri su cui oggi si fonda il sistema sociosanitario: la rete accreditata delle strutture (primo pilastro) ed il fondo a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili (secondo pilastro).

Tenuto conto del contesto caratterizzato come sopra descritto, le azioni di programmazione sociosanitaria da sviluppare con le regole di sistema 2015, tendono comunque ad anticipare alcuni obiettivi raggiungibili, in quanto azioni intraprese negli esercizi interscorsi:

- definizione dei volumi di attività da mettere a contratto, per l'acquisto di prestazioni, in coerenza con la programmazione sociosanitaria, e con particolare riferimento alla valutazione degli indici di fabbisogno territoriale e alle unità d'offerta realizzate con finanziamenti di natura pubblica (statali o regionali);
- progressivo adeguamento ai LEA, attraverso un percorso che ci avvicini all'adozione dei costi standard prioritariamente per le RSA;
- messa a sistema delle sperimentazioni di azioni innovative in risposta ai bisogni emergenti, a partire dalle cure intermedie e dai nuovi servizi per le tossicodipendenze;
- conferma del fondo a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili, con il rafforzamento della presa in carico della persona ed in prospettiva di sviluppo del budget di cura.

Un'eventuale disponibilità, nel corso dell'anno, di ulteriori risorse potrà aprire altre possibilità di intervento, oggi non cantierabili per incertezza di risorse.

2. RISPOSTA INTEGRATA AL BISOGNO

2.1 L'integrazione delle risorse

L'incremento dell'incidenza delle malattie croniche e degenerative, l'invecchiamento della popolazione, l'aumento dell'aspettativa di vita, la presenza delle diverse comorbosità e la loro dinamica interazione nel processo disabilitante, che diventano particolarmente rilevanti in età anziana, configurano un quadro differenziato di bisogni, in alcune situazioni di particolare complessità, che sollecitano al sistema sanitario, sociosanitario e sociale un impegno rilevante in termini di risorse umane ed economiche, senza dimenticare che tali bisogni richiedono alle famiglie impegni assistenziali, psicologici e finanziari assolutamente nuovi e che spesso disarticolano l'organizzazione della quotidianità familiare.

In talune situazioni, ma soprattutto nelle persone di età avanzata, lo stato di cronicità si accompagna alla condizione di fragilità che intreccia sia gli aspetti clinici legati alla patologia, sia le risorse fisiche (aspetti funzionali delle attività corporee e della vita quotidiana), psicologiche (risorse cognitive, emotive e comportamentali) e sociali (relazioni con gli altri, apertura all'esterno, interazione con l'ambiente, adattabilità e socialità).

In questa prospettiva, lo stato di salute è l'esito delle "relazioni" tra sistemi in cui è inserita la persona (famiglia, ambiente, scuola, lavoro, ecc); fra questi sistemi, la "sanità" e il "sociale" sono quelli per cui l'integrazione è essenziale per le forti interconnessioni e la difficoltà di distinguere il livello di separazione pertanto l'integrazione diventa una priorità strategica per rispondere alla complessità delle domande di salute.

In effetti i bisogni sociali e sanitari di ogni persona variano nel tempo e questo comporta implicazioni rispetto alla necessaria continuità e all'appropriatezza delle risposte. Pur distinguendo le competenze istituzionali rispetto a costi, integrazione, programmazione, gestione di servizi ed interventi, è evidente che l'integrazione sociale e sanitaria deve trovare forme di prossimità che esprimano compiutamente l'indispensabile unitarietà dell'approccio e delle modalità operative.

La normativa nazionale dei Livelli Essenziali di Assistenza, nell'area dell'integrazione sociosanitaria, nell'individuare i soggetti privilegiati delle prestazioni integrate (es. minori, anziani, disabili, persone con patologie psichiatriche, persone con dipendenza da sostanze, ecc.) evidenzia come la "fragilità" sia la dimensione peculiare dell'integrazione e che proprio queste tipologie di persone hanno più bisogno di specifiche modalità di "presa in carico" e "continuità dell'assistenza" caratterizzate da globalità ed interdisciplinarietà.

2.2 Budget di cura

Il modello integrato di gestione delle cure, ma anche il focus riorientato sulla persona, trova suo fondamento nel concetto di "budget di cura", il cui atto iniziale è rappresentato dalla valutazione multidimensionale. Esso costituisce lo strumento per garantire la presa in carico globale della persona e della sua famiglia, impone un forte coordinamento e integrazione di percorsi assistenziali,

di risorse professionali e finanziarie. Il budget di cura risponde in maniera più flessibile ed appropriata alla dinamicità dei bisogni e alla ridefinizione del percorso assistenziale.

Inoltre, vista la complessità dei processi di cura e assistenza che le condizioni di cronicità e di fragilità implicano, emerge la necessità di costruire una continuità dell'assistenza all'interno del sistema con azioni forti di "care management" che facilitino e coordinino l'assistenza delle persone durante la loro presa in carico.

Esperienze in questo senso sono già state sviluppate con le DGR n. 740/2013 e DGR n. 2655/2014 per gli interventi a favore delle persone con gravissima disabilità, in condizione di dipendenza vitale, alle quali sono state riconosciute risorse sia del Fondo nazionale per le Non Autosufficienze sia del Fondo Regionale sociosanitario a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili ex DGR n. 116/2013 per sostenere il loro percorso di assistenza al domicilio.

2.3 Centri Multiservizi per la persona

Per garantire percorsi integrati di presa in carico e accompagnamento delle persone fragili e delle loro famiglie, anche in ragione delle specificità territoriali e orografiche, saranno attivate modalità organizzative innovative – su scala regionale – per la definizione di Centri Multiservizi per la persona. In armonia con quanto stabilito dalla DGR n.116/2013 e dei conseguenti provvedimenti attuativi della X Legislatura, in particolare la DGR n. 856/2013 e la recente DGR n. 2942/2014, i Centri Multiservizi per la persona, in relazione all'ambito territoriale definito, costituiranno una modalità organizzativa di riferimento con la funzione di integrare le attuali attività di carattere sociosanitario e sociale con quelle di natura sanitaria, concorrendo alla presa in carico globale della persona per la comunità di riferimento. I Centri hanno l'obiettivo di superare la frammentazione settoriale delle risposte date dalle diverse unità d'offerta, integrando, sulla base della valutazione multidimensionale del bisogno, una pluralità di interventi e prestazioni per le persone fragili, tra loro coordinate, in una logica di continuità assistenziale. Essi saranno chiamati ad operare in stretto raccordo con i servizi sanitari e sociosanitari territoriali e con quelli ospedalieri.

3. RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE DI OFFERTA SOCIOSANITARIA

3.1 Valutazione multidimensionale del bisogno

Si conferma che la valutazione multidimensionale è di competenza dell'ASL che la realizza attraverso équipe pluriprofessionali, anche integrando risorse professionali dei Comuni laddove necessario.

Le ASL che, non dispongono di adeguate risorse per effettuare le attività di valutazione multidimensionale, potranno, nel corso del 2015, acquisire risorse professionali da integrare nelle équipe valutative attraverso procedimenti ad evidenza pubblica. Tale procedimento dovrà essere riservato a soggetti che, in possesso dei requisiti soggettivi previsti dalla legge, non siano accreditati e/o a contratto con il sistema sociosanitario regionale e che non utilizzino, per la valutazione, personale già impiegato in servizi accreditati e a contratto.

Le ASL nella propria autonomia definiranno i contenuti del procedimento ad evidenza pubblica, fermo restando quanto sopra detto, sulla base di criteri definiti oggettivamente e preventivamente validati dalla Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale, Volontariato e Pari opportunità.

La "Suite InterRAI" in uso viene assunta, a partire dal 1° gennaio 2015, quale strumento regionale per la valutazione multidimensionale per l'accesso delle persone all'Assistenza Domiciliare Integrata.

Nelle more dello sviluppo della "Suite InterRAI" nell'ambito della piattaforma del sistema informativo regionale (SISS), le ASL continuano ad utilizzare, alle condizioni definite con successivi provvedimenti, l'applicativo in uso.

3.2 Definizione del modello di valutazione del bisogno per le tossicodipendenze

Nel corso del 2015 verrà adottato il modello regionale per la valutazione multidimensionale del bisogno per l'area delle tossicodipendenze.

Il modello è stato sperimentato in tutte le ASL e diversi SMI ed ha permesso di validare un modello in grado di utilizzare strumenti che identificano tutti i bisogni dell'individuo e danno in esito un livello di gravità in grado di individuare i reali bisogni della persona e di correlare a questi le risposte appropriate. Durante la fase di sperimentazione si è provveduto a verificare la sostenibilità del modello di valutazione, attraverso l'impatto organizzativo complessivo in termini di assorbimento di risorse richiesto per singola valutazione e durata complessiva del processo valutativo.

Pertanto il nuovo modello di valutazione dei bisogni per le dipendenze, di cui in appendice, viene applicato obbligatoriamente a tutte le persone di nuovo accesso, ivi comprese quelle riammesse dopo chiusura di un ciclo di terapia.

La valutazione verrà effettuata dal Dipartimento delle Dipendenze; unicamente nei territori in cui non vi siano Servizi Ambulatoriali privati accreditati la valutazione potrà essere effettuata dal SerT.

Le ASL avranno a disposizione 6 mesi per provvedere ad adottare gli strumenti di valutazione previsti dal modello e alla formazione del personale per la valutazione.

Il nuovo modello di valutazione per le tossicodipendenze sarà attivo a partire dal 1° Luglio 2015.

3.3 Costi standard per le RSA

Come anticipato nella DGR n.1185/2013, lo studio condotto su un campione di RSA ha evidenziato aspetti rilevanti riguardo alla valutazione dell'efficienza gestionale delle strutture. I costi standard sono un importante elemento per la revisione, nel rispetto dei LEA, della remunerazione oggi vigente. Inoltre, tale metodologia consentirà agli operatori, in sede di applicazione, di analizzare il posizionamento della propria struttura in termini di costi sostenuti e retta richiesta, valorizzando i servizi aggiuntivi rispetto al pacchetto base. Gli utenti invece beneficeranno di maggiore equità e trasparenza, grazie alla possibilità di confrontare la retta sostenuta ed il servizio goduto con i riferimenti regionali "standard"

Il "pacchetto base RSA" viene assunto a partire dal 2015, quale primo riferimento per la definizione del costo standard. Di seguito vengono elencati i servizi da garantire agli ospiti delle RSA lombarde, in parte obbligatori ai fini dell'accreditamento e in parte ritenuti appropriati per una omogenea erogazione del servizio minimo sul territorio¹:

- le "dotazioni infrastrutturali minime e servizi generali", già normate con DGR n. 7435/2001: 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);
- lo standard gestionale di 901 minuti settimanali per ospite già normato con DGR n. 7435/2001;
- i "servizi essenziali RSA":
 - attività di consulenza dietologica:, rendicontate nei 901 minuti di assistenza settimanali
 - assistenza infermieristica 24 ore per 7 giorni: ricorso al servizio di reperibilità di personale infermieristico
 - assistenza medica 24 ore per 7 giorni: ricorso al servizio di reperibilità medica
 - fornitura di presidi e materiale sanitario (non inclusi nel nomenclatore tariffario) e per incontinenza

¹ Valutazione effettuate mediante l'analisi dei dati del "questionario rette" che ha permesso di censire i servizi garantiti inclusi nella retta. E' stato ritenuto opportuno inserire nel "pacchetto base" quei servizi che sono offerti senza integrazione monetaria da almeno l'80% delle strutture

- fornitura di farmaci e gas medicali ad esclusione dei farmaci indicati nel file F a carico del SSN
- servizio di ristorazione: comprensivo di colazione, pranzo, merenda, cena, vino – laddove consentito-, acqua filtrata e depurata ai pasti e durante la giornata
- servizio di pulizia della struttura: si assume che l'igienizzazione di comodini, armadietti e letti sia a carico del personale assistenziale e ricompreso nei 901 minuti di assistenza settimanale
- servizio di lavanderia: lavaggio della biancheria piana e della biancheria intima degli ospiti con servizio di stireria e rammendo. È escluso il servizio di lavanderia degli indumenti (ad eccezione dell'intimo) degli ospiti
- tre gite in giornata durante il corso dell'anno.

Il “pacchetto base RSA”, così come sopra definito, viene assunto a partire dal 2015 quale riferimento dei servizi da garantire agli ospiti delle RSA lombarde per la futura definizione del costo standard, che ha l'obiettivo di migliorare l'efficienza e l'efficacia del sistema.

Con successivo provvedimento saranno definiti i costi standard nonché le modalità e i tempi di applicazione degli stessi.

3.4 Linee per l'evoluzione della DGR n. 116/2013

La DGR n. 116/2013, con l'istituzione del Fondo a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili, ha affiancato la rete del sistema d'offerta consolidato con un sistema di risposte integrate, flessibili e modulate, attraverso progetti individuali, sugli effettivi bisogni delle persone, e dove la flessibilità delle risposte è garantita da un sistema a voucher fortemente governato dal sistema pubblico che consente di modulare le prestazioni in ragione dell'evolversi del bisogno. Gli esiti positivi delle azioni innovative messe in campo con prime le DDGR attuative della delibera n. 116/2013 (DGR n. 740/2013 e DGR n. 856/2013) hanno consentito, attraverso la DGR n. 2942/2014, di confermare tutte le misure avviate nel 2014 e di procedere al rafforzamento delle modalità di presa in carico delle persone fragili, integrando le diverse componenti sanitarie, sociosanitarie e sociali, in modo da assicurare la globalità della risposta ai bisogni e la continuità assistenziale, superando la frammentazione tra le prestazioni erogate e favorendo la prevenzione e il mantenimento delle condizioni di autonomia e di buona qualità di vita.

Tale percorso prende avvio con la valutazione multidimensionale del bisogno da parte di equipe pluriprofessionali, che definiscono un progetto individuale di assistenza nel quale trovano ricomposizione tutte le risposte sociosanitarie e sociali ai diversi bisogni della persona fragile e della sua famiglia. L'evoluzione della DGR n. 116/2013 comporta il superamento della logica del finanziamento per singole prestazioni cui la persona richiede di accedere, per passare ad un modello di presa in carico fondato sullo strumento del budget di cura, dove le diverse risorse professionali ed

economiche si integrano per accompagnare la persona in un percorso di cura e assistenza personalizzato all'interno della rete dei servizi.

Tale percorso viene confermato ad esempio, come già detto, con la DGR n. 2655/2014 con la quale risorse del Fondo Nazionale delle Non Autosufficienze e risorse del Fondo regionale sociosanitario sono state assegnate alle ASL per interventi a favore di persone in condizione di dipendenza vitale. Tale azione prevede infatti l'erogazione di un Buono, come supporto significativo per l'assistenza fornita dalla famiglia, e di un Voucher sociosanitario per il monitoraggio delle condizioni di salute, da parte del servizio ADI, per il mantenimento della funzionalità della persona, oppure, nel caso di minori, per progetti educativo/socializzanti. Il citato provvedimento n. 2942/2014, attuativo della DGR n. 116/2013, conferma, per il 2015, tutte le misure messe in campo dalla DGR n. 856/2013 che nel corso del 2014 ha garantito una valutazione multidimensionale a 6.000 persone e la presa in carico di oltre 5.800. Il provvedimento introduce anche, per alcune misure, azioni migliorative che prevedono, per esempio per la RSA aperta, profili di diversa intensità assistenziale, commisurati ai reali bisogni rilevati in sede di valutazione multidimensionale. Ad ogni profilo assistenziale corrisponde un voucher che viene riconosciuto per remunerare i "pacchetti" prestazionali che compongono il piano di assistenza individualizzato predisposto dal soggetto gestore scelto dalla persona fragile. I pacchetti sono flessibili sia nella durata che nella composizione, per meglio rispondere ai bisogni delle persone e sono rimodulabili in modo da seguire la dinamicità dei bisogni della persona e della famiglia. Anche per la residenzialità leggera / assistita sono stati introdotti miglioramenti sia allargando il target di utenza sia prevedendo diversi livelli di intensità assistenziale.

Ogni pacchetto è integrativo di altri servizi/prestazioni della rete d'offerta sociale, sociosanitaria o sanitaria. Tutto quanto detto presuppone un lavoro sinergico e integrato tra ASL, Comune, MMG/PLS, Azienda ospedaliera, ecc.

Nel corso del 2014 è stata data attuazione alla 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". Le ASL hanno raccolto le candidature presentate e hanno selezionato n. 71 Enti con i quali è stato sottoscritto il contratto per la realizzazione delle seguenti attività di case management:

- informazione, orientamento e accompagnamento della famiglia/persona con disabilità;
- consulenza alle famiglie ed agli operatori della rete dei servizi territoriali sociali e sociosanitari per la disabilità;
- sostegno alle relazioni familiari;
- predisposizione del progetto individuale con la prefigurazione degli interventi da garantirsi attraverso la rete dei servizi;
- messa a disposizione di spazi/operatori per favorire l'incontro delle famiglie, lo scambio di esperienze, il reciproco aiuto.

In linea generale, le ASL hanno assunto la funzione di governance degli interventi, ovvero il raccordo e coordinamento dei diversi attori del sistema dei servizi.

All'ultimo monitoraggio del 30 settembre 2014 risultano prese in carico 1092 persone, con netta prevalenza di minori (81,41%), prevalenza che si riscontra in tutte le ASL sia pure con percentuali diverse.

Le ASL hanno erogato alle famiglie dei voucher definiti o per singola prestazione o per pacchetti di prestazioni.

Si ritiene di dover proseguire queste attività anche nel corso del 2015 con indicazioni migliorative che saranno fornite a seguito del monitoraggio al 31 marzo 2015.

Viene confermato quanto disposto con DGR n. 2313/2014 in merito all'utilizzo di € 588.983, parte delle risorse assegnate a Regione dal Ministero del lavoro e delle Politiche Sociali per il Progetto regionale "Soluzioni integrate per la non autosufficienza", per contribuire alla retta assistenziale pagata dalla persona/famiglia presso i gestori delle azioni innovative di assistenza post acuta e di residenzialità leggera.

4. PROGRAMMAZIONE E GOVERNO DELLA RETE

Nel corso del 2015 si proseguirà nel percorso intrapreso di evoluzione del sistema sociosanitario, che, compatibilmente con le risorse disponibili, sulla base dell'analisi dell'attuale distribuzione dell'offerta e dei diversi livelli di bisogno, sia generali che territoriali, deve tendere sempre più a un sistema omogeneo di risposta ai bisogni espressi.

4.1 Sistematizzazione azioni innovative sperimentate ai sensi delle DDGR n. 3239/2012 e n. 499/2013

Con la DGR n. 2022/2014 si è dato seguito alle attività sperimentali iniziate con la DGR n. 3239/2012 e proseguite poi, in fase migliorativa, con la DGR n. 499/2013. Pare opportuno, al fine di un continuum organizzativo e programmatico, confermare quanto nel corso dei tre anni di sperimentazione si è realizzato, e quali siano i prossimi passi.

1. la **Riabilitazione ambulatoriale e diurna territoriale extraospedaliera per minori disabili**, la cui attività è ricondotta al secondo pilastro del sistema di welfare e pertanto gli interventi erogati dalle strutture sperimentali saranno remunerati, a partire dal mese di aprile 2015, secondo la modalità a voucher, attraverso il Fondo a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili;
2. **l'Area delle dipendenze** negli ambiti:
 - **cronicità**: i soggetti gestori di interventi sperimentali continueranno ad essere remunerati a budget sino alla definizione dei requisiti specifici per la nuova Unità d'Offerta e sino al loro formale accreditamento;
 - **adolescenti, riduzione del rischio**: viene confermata, sino alla realizzazione dei progetti europei, la modalità di remunerazione in atto;
 - **nuove forme d'abuso/dipendenze**: in relazione a quanto previsto dalla legge regionale n° 8/2013 "Norme per la prevenzione e il trattamento del gioco d'azzardo patologico", nonché dalla emananda legge di stabilità e dall'aggiornamento dei LEA, la remunerazione di prestazioni e interventi erogati da SERT e SMI avverrà, dall'entrata in vigore delle nuove norme, secondo quanto già stabilito per le restanti forme di dipendenza. Con comunicazione specifica della Direzione Generale competente saranno fornite indicazioni in merito;
 - **prevenzione selettiva ed indicata**: viene confermato che, seppur con possibilità di una collaborazione con Enti del privato sociale, da verificarsi nelle modalità operative e di sostenibilità, le azioni sono proprie dell'Ente sanitario pubblico e dovranno essere programmate in modo sinergico con quanto previsto per l'Area Adolescenti, e nell'ambito del Comitato Rete Locale prevenzione dipendenze, nel Piano Territoriale Prevenzione dipendenze e nel Piano Integrato per la promozione della salute.

3. l'**Assistenza post acuta**: sarà stabilizzata nell'ambito delle nuove unità d'offerta da accreditare con propri requisiti gestionali, strutturali ed organizzativi. Gli attuali gestori potranno pertanto proseguire le attività fermo restando il budget già determinato e assegnato. Le due azioni innovative di assistenza post acuta domiciliare saranno stabilizzate nell'ambito dell'Assistenza domiciliare integrata, con apposito provvedimento che introdurrà un ulteriore profilo assistenziale dedicato;
4. la **Residenzialità leggera/assistita**: si conferma la remunerazione a voucher secondo quanto stabilito con apposito atto della Giunta regionale;
5. la **Residenzialità per minori con gravissime disabilità**: si conferma la remunerazione a voucher secondo quanto previsto da apposito atto della Giunta regionale;
6. i **Consultori**: si ribadisce il percorso verso la sistematizzazione consistente in:
 - revisione del tariffario con l'inserimento delle eventuali nuove prestazioni
 - adeguamento dei requisiti al fine di inserire le eventuali nuove figure professionali quali ad esempio dell'educatore/pedagogista.

4.2 Sviluppo dell'offerta sociosanitaria

Con la DGR n. 1185/2013 si è intervenuti nell'ambito della disabilità che presentava aree di bisogno insoddisfatte e squilibri territoriali evidenti. È stato attuato uno sviluppo dell'offerta sociosanitaria residenziale e semiresidenziale per disabili attraverso l'accreditamento e la messa a contratto di tutti i posti di RSD, CDD e CSS disponibili sul territorio regionale. Tale manovra ha determinato un impatto economico non trascurabile di circa 9 milioni di euro annui in più a regime, con un'offerta oggi complessivamente di 3.984 posti letto di RSD (174 nuovi p.l. e 5 nuove strutture), 6.305 posti di CDD (187 nuovi posti e 9 nuove strutture) e 1.373 posti letto di CSS (124 nuovi p.l. e 13 nuove strutture). Il sistema sociosanitario lombardo quindi dimostra nuovamente la propria dinamicità e si conferma come un sistema aperto e pronto a rispondere ai bisogni di assistenza delle persone più fragili.

Per il 2015 il processo di sviluppo del sistema proseguirà per le unità d'offerta sociosanitarie residenziali per anziani e precisamente per le RSA.

In questo settore in particolare sono stati raccolti e confrontati i dati al 31 dicembre 2013 e sono stati elaborati, congiuntamente con le ASL, degli indicatori che permettono oggi di avere una rappresentazione precisa della situazione regionale e dei singoli territori.

Per descrivere il contesto lombardo delle RSA, di seguito rappresentato, sono state prese in considerazione le seguenti grandezze:

- offerta territoriale: l'indicatore di offerta (rilevato a livello di ciascuna ASL) è il rapporto tra il numero di posti a contratto e la popolazione degli anziani con età superiore a 75 anni non autosufficiente (desunta dall'ultima rilevazione ISTAT disponibile);

- attuale distribuzione di strutture, posti accreditati e a contratto per ASL;
- attuale indice di copertura (o offerta) per ASL rispetto alla media regionale;
- tasso di saturazione delle unità d'offerta oggetto di analisi per ASL e per singola struttura: la saturazione di una struttura è calcolata come rapporto tra le giornate effettive di occupazione del posto letto e il numero di giornate di ricovero teoriche;
- liste di attesa di ogni struttura e per ASL: si calcola il valore dato dal rapporto tra le persone in lista di attesa e la popolazione di riferimento, operando una preliminare ripulitura delle liste (iscrizione di una stessa persona in lista presso più strutture, effettiva disponibilità ad occupare il posto, ecc.);
- retta media ponderata: indica la retta media a carico dell'utente applicata dal soggetto gestore nel corso dell'ultimo anno, ponderata rispetto al numero di giornate di ricovero dello stesso anno considerato;
- mobilità intra-regionale: per ogni ASL si scompone il numero di utenti ricoverati in strutture del territorio rispetto alla ASL di residenza dell'assistito;
- livello di complessità degli ospiti: valore medio rilevabile dagli specifici sistemi di classificazione in uso (SOSIA per le RSA).

L'attuale sistema di offerta residenziale per anziani (RSA) conta complessivamente 57.434 posti letto a contratto², contro 61.893 posti autorizzati e 59.702 accreditati, 22.508 persone (8,2% della popolazione di riferimento) risultano in lista d'attesa per entrare in una RSA.

La disponibilità di posti nelle RSA lombarde risulta di 2,1 posti letto ogni dieci anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti. L'indice di saturazione dei posti letto a livello regionale è del 98,16%, calcolato sui posti a contratto attivi. Dall'elaborazione e analisi dei dati emerge che le ASL, nelle quali l'offerta attuale di posti contrattualizzati è inferiore al valore medio regionale e che mostrano un potenziale bisogno di aumento di offerta, sono: Bergamo, Milano, Milano 1, Milano 2, Monza e Brianza e Varese.

Dall'analisi dei dati del flusso SOSIA, viene confermato che negli anni è cresciuta l'utenza con bisogni complessi, mentre si è ridotta l'utenza caratterizzata da problemi di tipo "lieve" in termini di mobilità, cognizione e severità della patologia (classi SOSIA 7-8).

Infine, dall'analisi della mobilità intra regionale, si è riscontrato che un fattore determinante nella scelta di una RSA risulta essere la vicinanza della struttura al domicilio della famiglia: in tutte le ASL, infatti, si è osservato che le persone scelgono preferibilmente una RSA tra quelle che insistono sul territorio della propria ASL di residenza o comunque in ASL limitrofe. Pertanto, la scelta della RSA da parte delle famiglie è solo parzialmente influenzata dal valore della retta, dalla saturazione dei posti

² Fonte dati: AFAM aggiornato al 1 dicembre 2014 rivisto con scheda budget delle singole strutture

e quindi dalla lista di attesa della struttura, ma è legata principalmente alla vicinanza fisica della struttura stessa.

Dall'analisi del contesto delle RSA lombarde emerge l'opportunità di una revisione della distribuzione dei posti contrattualizzati tra le diverse ASL della Regione. L'obiettivo è quello di arrivare a una distribuzione dell'offerta sul territorio regionale, che risponda ai bisogni della popolazione nelle varie articolazioni territoriali.

Questo dato conferma l'opportunità di rafforzare il ruolo programmatico delle ASL, al fine di riequilibrare l'offerta a livello dei singoli distretti.

Le ASL possono pertanto utilizzare, nell'ambito delle proprie competenze programmatiche, lo strumento degli accordi territoriali introdotto dalla DGR n. 1185/2014 e già sperimentato in alcuni casi per riequilibrare l'offerta dei servizi socio-sanitari.

Con la partecipazione degli enti gestori e con il consenso della Regione, possono quindi 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 territoriali si concretizzano nello spostamento, da parte di strutture accreditate e a contratto, di volumi contrattualizzati e dei relativi budget a strutture solo accreditate e senza incremento del budget complessivo a livello di ASL.

Potranno inoltre essere avviati, previa approvazione della competente Direzione Generale Famiglia Solidarietà Sociale, Volontariato e Pari Opportunità, progetti a valenza regionale che prevedono il trasferimento di unità d'offerta e il conseguente spostamento del relativo budget, per motivazioni legate al miglioramento della qualità del servizio e alla piena intercettazione dei bisogni espressi dall'utenza di riferimento, per tipologie che non presentano una connotazione territoriale specifica e una diretta correlazione con gli indici di dotazione territoriale, come quelle dell'area delle dipendenze.

4.3 Accreditamento delle Unità d'offerta Socio-sanitarie

Per l'anno 2015, oltre a dare atto dell'avvio di un percorso costante di definizione degli indicatori suddetti, si intende anche riconfermare la specificità del sistema socio-sanitario lombardo che individua nella contrattualizzazione il momento di programmazione socio-sanitaria. L'accreditamento rimane lo strumento atto ad elevare il livello qualitativo della complessiva offerta socio-sanitaria, condizione essenziale ma non sufficiente per l'eventuale accesso al contratto. La presenza di più operatori qualificati sul territorio, oltre a garantire la soddisfazione di una quota non trascurabile di domanda in solvenza, risponde alla richiesta di introdurre graduali forme di concorrenza e permette al programmatore regionale e territoriale, sulla base di indicatori condivisi di performance, di acquistare migliori servizi a prezzi più convenienti per la rispettiva utenza.

Pertanto, in considerazione delle suddette motivazioni, dalla data di pubblicazione del presente provvedimento, i soggetti gestori di unità d'offerta solo autorizzate o abilitate all'esercizio possono nuovamente presentare istanza di accreditamento ai sensi della DGR n. 2569/2014. Rimangono ancora esclusi da questa facoltà i soggetti gestori di unità d'offerta di cure intermedie e delle dipendenze, essendo tali tipologie ancora oggetto di riordino e di ridefinizione dei relativi requisiti specifici e appropriati indici di fabbisogno.

4.4 Programmazione Sociale

La DGR 16 novembre 2011, n. 2505 ha stabilito la durata triennale dell'Accordo di Programma per l'attuazione dei Piani di Zona con riferimento al periodo 1 aprile 2012 / 31 dicembre 2014.

Regione Lombardia, nel corso del triennio di programmazione 2012/2014, ha realizzato un percorso di accompagnamento che ha coinvolto 73 Ambiti territoriali per armonizzare le logiche di programmazione locale con gli obiettivi regionali ed ha predisposto, in collaborazione con gli Ambiti stesi, un nuovo strumento di monitoraggio denominato "Sistema di conoscenza dell'evoluzione delle policy di welfare locale", il cui utilizzo è stato sperimentato in 73 Ambiti territoriali e in 15 ASL.

Il processo di accompagnamento sin qui realizzato ha trovato una sintesi formalizzata nel documento, approvato con DGR n. 2941/2014: "Un Welfare che crea valore per le persone, per le famiglie e la comunità - Linee di indirizzo per la programmazione sociale locale 2015-2017", punto di partenza per lo sviluppo integrato per la nuova programmazione.

In tale prospettiva, la programmazione sociale degli Ambiti territoriali deve inserirsi nell'ampio percorso di integrazione con il sistema sociosanitario al fine di evitare duplicazioni di intervento, promuovendo la razionalizzazione delle risorse professionali e finanziarie nell'ottica di una presa in carico globale ed unitaria della persona e della sua famiglia.

4.5 Linee guida tutela minori

Regione Lombardia ha avviato un'azione complessiva di riordino del welfare regionale con l'obiettivo di ricollocare la famiglia al "centro" delle proprie politiche di welfare, attraverso una rinnovata attenzione alle modalità di realizzazione e promozione degli interventi a sostegno della cura dei figli, delle relazioni familiari e dello sviluppo di competenze genitoriali.

Nella prospettiva di rinnovamento, va considerato in particolare il ruolo che i servizi sono chiamati a esercitare nei momenti di maggiore fragilità familiare rispetto ai bisogni di cura, sostegno, protezione e tutela dei minori.

Una rinnovata consapevolezza della centralità della famiglia nel nostro sistema di welfare rende ancor più urgente comprendere e valorizzare il paradigma relazionale che 'legge' gli individui come soggetti costituiti dai loro reciproci legami.

Oggigiorno non è più sufficiente ricondurre l'organizzazione e la realizzazione degli interventi di "tutela" dei minori alla sola applicazione degli istituti giuridici di protezione e rappresentanza dei minori. La tematica della tutela dei minori richiede di essere affrontata sempre di più nella sua reale complessità relazionale integrando le dimensioni sociale, educativa e psicologica ed orientando i servizi verso l'adozione di modelli di reale presa in carico della famiglia con minori in difficoltà.

Il processo di ridefinizione organizzativa dei servizi per i minori e le famiglie in difficoltà, in capo agli Enti Locali, che si è compiuto negli scorsi anni, ha talvolta portato alla frammentazione degli interventi e, in diversi casi, ha prodotto una debolezza del sistema dei servizi. Il rischio di sovrapposizioni tra competenze sociali e quelle sanitarie ha spesso reso necessaria una loro ricomposizione/integrazione. L'attuazione del nuovo triennio di programmazione degli ambiti dei servizi sociali territoriali rappresenta un'opportunità per affrontare in modo sistematico e integrato il tema.

La proposta di linee guida elaborata è frutto di un lavoro comune e integrato che ha coinvolto i Tribunali per i Minorenni di Milano e Brescia, i Servizi della Giustizia Minorile della Lombardia, i rappresentanti degli Enti Locali, delle ASL e del Terzo Settore e si colloca in continuità con le Linee regionali sull'affido familiare adottate nel 2011 e con le Linee regionali sul riordino ed orientamento dei servizi dedicati alla tutela dei minori vittime di violenza adottate nel 2004.

In questa prospettiva, si intende proporre al sistema dei servizi alcune indicazioni di riferimento per superare le attuali discontinuità tra interventi preventivi, di sostegno e di tutela, per ridurre le disomogeneità organizzative e per facilitare il processo di integrazione, affinché siano coinvolti tutti gli attori interessati per una reale presa in carico della famiglia con minori in difficoltà.

4.6 Contrasto e prevenzione della violenza nei confronti delle donne

Con DGR n. 2960/2014 si sono approvate le linee programmatiche per sviluppare politiche regionali in materia di contrasto alla violenza nei confronti delle donne, con azioni di sensibilizzazione e prevenzione, di accoglienza e sostegno, finalizzando le risorse per ciascuna linea di intervento prevista.

Il percorso delineato nella suddetta DGR prevede, quale elemento di innovazione, un coinvolgimento diretto dei consultori pubblici e privati accreditati, secondo modalità che saranno definite con successivo provvedimento.

4.7 Piano dei controlli

IL PIANO ANNUALE DI VIGILANZA E CONTROLLO

Le ASL esercitano le funzioni di vigilanza e controllo sulle unità d'offerta sociosanitarie previste dalla normativa regionale vigente (le leggi regionali 12 marzo 2008, n. 3, Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario e 30 dicembre 2009, n. 33,

Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità) oltre che dagli specifici provvedimenti attuativi della programmazione regionale.

La funzione di vigilanza si svolge attraverso attività volte alla verifica del possesso e del mantenimento nel tempo dei requisiti generali e specifici, di esercizio e di accreditamento, che comprendono i requisiti soggettivi, organizzativi e gestionali, strutturali e tecnologici.

La funzione di controllo si svolge attraverso attività di verifica dell'appropriatezza erogazione delle prestazioni e della loro corretta rendicontazione, con riferimento all'assistenza diretta al singolo utente secondo le modalità previste dalla DGR 8 maggio 2014, n. 1765 "Il sistema dei controlli in ambito sociosanitario: definizione degli indicatori di appropriatezza".

È compito delle ASL effettuare i controlli sul rispetto dell'adempimento degli obblighi contrattuali dei soggetti gestori.

Le ASL, inoltre, effettuano i controlli sulle persone giuridiche private di cui agli articoli 23 e 25 del codice civile, attraverso le commissioni nominate ai sensi della DGR 16 maggio 2014, n. 1845, "Determinazione in ordine alla valutazione dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali e definizione degli obiettivi aziendali per l'anno 2014".

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 non solo sono essenziali per verificare che la qualità dei servizi sia conforme alle regole definite, ma sono anche utili per monitorare la relazione tra la domanda, nelle sue molteplici manifestazioni, e la rete delle unità d'offerta così come oggi è configurata.

Le regole sui controlli sono inoltre 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 prescrittivo e sanzionatorio, che costituisce un corollario non certo l'obiettivo, è stato costituito presso la Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale, Volontariato e Pari opportunità, con DDG n. 5114 del 16/06/2014, l'apposito Nucleo multiprofessionale con competenze in materia di controlli di vigilanza e di appropriatezza.

I compiti del Nucleo, che potranno essere perfezionati ed integrati nel corso del loro lavoro, sono i seguenti:

- accompagnamento alle ASL nell'applicazione omogenea delle indicazioni regionali in materia di accreditamento, vigilanza e controllo;
- supporto per il monitoraggio delle attività di vigilanza e controllo svolte dalle ASL sulle unità d'offerta sociosanitarie e sociali;
- supporto alla revisione critica dei requisiti di accreditamento;

- accompagnamento alle ASL nell'applicazione omogenea dei nuovi indicatori di appropriatezza delle prestazioni assistenziali di cui alla DGR n. 1765/2014;
- elaborazione di un modello di check list per l'attestazione da parte delle ASL dei requisiti di accreditamento per le unità d'offerta sociosanitarie;
- elaborazione di modelli di verbale per le attività di vigilanza svolte dalle ASL;
- incontri periodici con gli operatori delle ASL addetti alle attività di vigilanza e controllo al fine di uniformare i comportamenti e le modalità di applicazione delle norme regionali in materia di accreditamento e di vigilanza e controllo;
- effettuazione di visite in sede presso le strutture delle ASL addette alle attività di vigilanza e controllo o direttamente presso unità d'offerta sociosanitarie (in questo caso congiuntamente all'equipe locale di vigilanza e/o controllo) al fine di condividere eventuali problematiche legate alle realtà locali.

L'attività del nucleo, iniziata a decorrere dal 01.07.2014, proseguirà anche nell'anno 2015.

Il Piano di vigilanza e controllo, atto programmatico territoriale annuale a rilevante valenza strategica, costituisce lo strumento fondamentale a disposizione delle ASL per declinare in concreto le azioni che verranno perseguite, in corso d'anno, nei seguenti ambiti di intervento:

- vigilanza sulle unità d'offerta sociosanitarie pubbliche e private, indipendentemente dallo status erogativo (abilitate all'esercizio, accreditate, contrattualizzate);
- vigilanza sulle unità d'offerta sociosanitarie innovative, a carattere sperimentale, promosse dalla Regione;
- vigilanza sulle unità d'offerta sociali;
- valutazione e monitoraggio sulla qualità delle prestazioni sociosanitarie erogate ai cittadini;
- controllo della correttezza dei flussi di rendicontazione delle prestazioni erogate;
- controllo dell'appropriatezza delle prestazioni erogate attraverso la verifica della documentazione sociosanitaria intesa sia come valutazione delle caratteristiche personali e relazionali che determinano l'accesso al sistema sociosanitario sia come elemento di coerenza tra i bisogni della persona e le prestazioni assicurate;
- verifica dell'efficiente ed efficace utilizzo delle risorse allocate e disponibili.

Le funzioni di vigilanza e controllo si esercitano anche in tutte le eventuali situazioni ove, per la tipologia di utenza e per i servizi offerti, si presuppone vengano svolte attività sociosanitarie in assenza di corretta abilitazione all'esercizio.

Si tratta di azioni complesse, ma essenziali 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.

I principi fondamentali cui attenersi nella stesura dei Piani di vigilanza e controllo 2015 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 sulla idoneità delle unità d'offerta socio-sanitarie a garantire il pieno rispetto degli standard necessari per il corretto funzionamento. Tale attività viene svolta attraverso il meccanismo della verifica del possesso e del mantenimento dei requisiti di esercizio e di accreditamento previsti dalle norme vigenti, siano essi di carattere organizzativo-gestionale o tecnologico-strutturale;
- 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, così come definito dalla DGR n. 1765/14.

Il Piano di vigilanza e controllo deve essere trasmesso alla Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale, Volontariato e Pari opportunità, entro il 31 gennaio 2015 con specifico atto deliberativo del Direttore Generale ASL, così come disposto dalla DGR n. 2569/14.

La Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale, Volontariato e Pari opportunità 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 Direzione Generale Famiglia Solidarietà Sociale, Volontariato e Pari opportunità dell'attività di vigilanza e controllo esercitata, secondo le modalità e le scadenze definite dalla stessa Direzione Generale.

CONTENUTO DEI PIANI DI VIGILANZA E CONTROLLO 2015 DELLE ASL SULLE UNITÀ DI OFFERTA SOCIO-SANITARIE E SOCIALI

La prima parte dei Piani di vigilanza e controllo 2015 delle ASL deve focalizzarsi sull'analisi del contesto territoriale con riferimento alla rete delle unità di offerta socio-sanitarie e sociali presenti alla data del 1.01.2015 e sull'analisi dell'esito dell'attività di vigilanza e controllo esercitata nel 2014.

Si conferma anche per l'anno 2015 la vigilanza incrociata sulle unità d'offerta gestite direttamente dalle ASL (come da tabella di seguito riportata) 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.

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
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

Nel Piano dei Controlli devono essere correttamente indicati il numero e la tipologia delle unità d'offerta gestite direttamente dalle ASL soggette all'attività di vigilanza e controllo incrociata.

Si sottolinea l'importanza che le attività di vigilanza e controllo attengano a tutti gli ambiti di intervento sopra definiti. Pertanto, qualora l'organizzazione della ASL preveda che le funzioni di vigilanza e controllo siano svolte da articolazioni organizzative diverse, spesso anche afferenti a dipartimenti aziendali diversi, il Piano deve dare evidenza delle procedure adottate volte ad assicurare una reale integrazione di tali funzioni al fine di consentire il raggiungimento degli obiettivi sopraenunciati.

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 di vigilanza e controllo 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, delle risorse attribuite alle ASL attraverso il contributo regionale per la vigilanza sulla rete ASSI e sulla rete sociale con decreto n. 12621/13;
- la puntuale descrizione dell'articolazione organizzativa che l'ASL ha attuato a garanzia delle attività di vigilanza e controllo sulla rete sociosanitaria 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.

Le ASL devono garantire che il Piano di vigilanza e controllo 2015 abbia i seguenti contenuti:

A) ATTIVITÀ DI VERIFICA DEI REQUISITI CONNESSA ALLA PRESENTAZIONE DI SCIA E ISTANZA DI ACCREDITAMENTO

A.1) Requisiti soggettivi per l'esercizio e l'accreditamento

In attuazione a quanto previsto dall'allegato 1 alla DGR n. 2569/2014 le ASL devono effettuare le verifiche di legge delle autocertificazioni/dichiarazioni sostitutive prodotte in relazione alle SCIA e alle istanze di accreditamento, mediante richiesta alle pubbliche amministrazioni certificanti degli stati/fatti/qualità oggetto di autocertificazione secondo le modalità definite dal DPR 445/2000 s.m.i.

A.2) Requisiti organizzativi e 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 analisi documentale e 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 del possesso 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 della ASL (ad esempio servizi del Dipartimento di Prevenzione).

B) ATTIVITÀ DI VIGILANZA E CONTROLLO SULLE UNITA' D'OFFERTA SOCIOSANITARIE

B.1) Vigilanza sul mantenimento dei requisiti strutturali e tecnologici:

Al fine di continuare l'attuazione del principio per il quale la periodicità dei controlli deve essere assicurata almeno ogni due anni, la programmazione 2015 sulla vigilanza, dovrà garantire le verifiche del mantenimento dei requisiti strutturali e tecnologici su almeno il 50% delle unità di offerta in esercizio presenti sui rispettivi territori delle ASL.

Per le unità d'offerta con sedi di erogazione secondarie, devono essere verificate tutte le sedi secondarie delle unità d'offerta campionate.

Devono inoltre essere programmati ulteriori controlli nelle unità d'offerta, visitate nell'anno 2014, laddove siano state riscontrate criticità (prescrizioni, diffide, sanzioni ecc...).

Le visite di vigilanza sul mantenimento dei requisiti strutturali si effettuano senza preavviso.

B.2) Vigilanza sulle Unità d'offerta interessate da Piani Programma:

Le ASL devono assicurare il costante monitoraggio dello stato di avanzamento dei lavori di completamento dei piani programma.

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

In attuazione a quanto previsto dall'allegato 1 alla DGR n. 2569/14 le ASL devono effettuare le verifiche di legge delle autocertificazioni/dichiarazioni sostitutive, mediante richiesta alle pubbliche amministrazioni certificanti degli stati/fatti/qualità oggetto di autocertificazione secondo le modalità definite dal DPR 445/2000 s.m.i

B.4) Vigilanza sul mantenimento dei requisiti gestionali e organizzativi, generali 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 2015 sulla vigilanza dovrà garantire le verifiche sul mantenimento dei requisiti gestionali ed organizzativi su almeno il 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 2014, laddove siano state riscontrate criticità (prescrizioni, diffide, sanzioni ecc...).

Le visite di vigilanza sul mantenimento dei requisiti organizzativi e gestionali 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 sociosanitario, 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 sociosanitari realmente appropriati e adeguati al bisogno.

Con la DGR n. 1756/2014 è stata attuata una profonda revisione del sistema degli indicatori di appropriatezza assistenziale, finalizzata a migliorare la qualità assistenziale.

A tale fine sono cruciali completezza, l'affidabilità, la correttezza e la congruenza delle informazioni contenute nel fascicolo sociosanitario assistenziale (FASAS), che contiene tutta la documentazione riferita ad ogni singolo utente atta a dare tracciabilità ed evidenza del percorso clinico/terapeutico e assistenziale fornito dall'unità d'offerta.

Il FASAS, pertanto, secondo le indicazioni già contenute nella DGR n. 4659/2013 *"Manuale per la gestione della documentazione sanitaria e sociosanitaria"* assume a tutti gli effetti valore di evidenza documentale dell'attività svolta.

In quanto in ogni ambito sociale è cresciuta, infatti, l'esigenza di "lasciare traccia" di ciò che viene fatto, non solo per ovvie implicazioni pratiche, per poter disporre, cioè, delle informazioni capaci di orientare le decisioni, ma anche per ragioni giuridiche e legali.

Occorre quindi che nella compilazione dei FASAS siano tenute presenti le principali funzioni alle quali essi devono assolvere:

- fornire una base informativa per le decisioni clinico assistenziali appropriate, documentando lo stato di salute dell'utente, i trattamenti effettuati e i risultati conseguiti;
- garantire continuità assistenziale;
- facilitare l'integrazione operativa tra più professionisti, interni ed esterni all'organizzazione;
- tracciare le attività svolte, elemento fondamentale anche per garantire sicurezza all'utente;
- contribuire a una buona gestione del rischio di eventi avversi;
- costituire una fonte di dati, presupposto per il miglioramento continuo ed il monitoraggio dei processi.

Anche le valutazioni della performance dei professionisti ed i rilievi medico legali saranno facilitati da una documentazione redatta in modo, chiaro, accurato, appropriato, veritiero, attuale, pertinente e completo.

La DGR n. 1756/2014 ha inoltre identificato degli indicatori di appropriatezza assistenziale specifici per le diverse tipologie di unità d'offerta, individuando le aree più significative per ciascuna tipologia di utenza.

Le nuove indicazioni costituiscono un impegno rilevante sia per i soggetti gestori che per le equipe ASL addette ai controlli, che rende utile e necessario un adeguato periodo di informazione, formazione e confronto.

A tale fine saranno a breve trasmesse indicazioni operative e modelli di verbale per effettuare i controlli di appropriatezza, con la finalità di rendere omogenei i controlli ed evitare difformità nell'applicazione della normativa, assicurando una metodica di rilevazione uniforme per tutte le ASL.

Pertanto, al fine di consentire quanto sopra, per il primo semestre 2015 gli esiti della rilevazione degli indicatori di cui alla DGR n. 1756/2014 non comporteranno l'irrogazione di sanzioni amministrative, ma verranno comunque comunicati formalmente ai soggetti gestori e costituiranno strumento per la valutazione delle performance assistenziali.

In funzione della progressiva attuazione di quanto previsto dal capitolo 4.2 dell'Allegato 3 alla DGR n. 2569/2014 i Piani di vigilanza e controllo 2015 delle ASL devono prevedere l'esercizio dell'attività di controllo su almeno il 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 2014, laddove siano state riscontrate criticità.

Nell'ambito del 50% delle strutture sociosanitarie individuate secondo il criterio di cui sopra, nel 2015 deve essere garantito il controllo di appropriatezza sul 15% dei FASAS per le unità d'offerta residenziali e semiresidenziali, relativi all'anno 2014, non escludendo il controllo dei FASAS anno 2015.

La quota di controllo per l'ADI è determinata nel 10% dei FASAS relativi all'anno 2014 e per le unità d'offerta a regime ambulatoriale è determinata nel 5% dei FASAS relativi all'anno 2014, ferma restando la possibilità, nell'ambito del volume dei controlli di cui al punto precedente, di procedere a controlli sui FASAS relativi all'anno 2015.

La campionatura dei FASAS è definita in applicazione di una metodologia mista (casuale e 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.

Per quanto riguarda i controlli di appropriatezza delle prestazioni erogate in regime di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), occorre tenere presente la peculiarità del percorso per l'accesso a questa

unità d'offerta così come definito dal paragrafo 6 dell'Allegato 3 alla DGR n. 2569/2014 in merito ai controlli in itinere ed ex post.

I controlli dovranno essere eseguiti da personale assegnato ai servizi preposti all'attività di vigilanza e controllo.

Nel corso delle visite di controllo presso le unità d'offerta, le equipe di vigilanza possono chiedere di accedere anche a FASAS ulteriori rispetto a quelli campionati.

Nel corso dei 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 della 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;
- l'appropriatezza assistenziale attraverso l'applicazione degli indicatori di cui alla DGR n. 1765/2014.

In caso di incoerenze emerse dall'analisi documentale, gli operatori ASL possono 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 appropriatezza assistenziale come determinati con la DGR n. 1765/2014, adottando i modelli di verbale e le schede di monitoraggio semestrali predisposti e trasmessi dalla Direzione Generale Direzione Generale Famiglia Solidarietà Sociale, Volontariato e Pari Opportunità.

Le visite per i controlli di appropriatezza vengono effettuate senza preavviso.

I soggetti gestori possono attivare procedure di autocontrollo, al fine di monitorare i propri processi assistenziali e migliorare la qualità delle prestazioni. L'autocontrollo effettuato dai gestori non rientra nel computo delle percentuali di verifica in capo alle ASL.

B.6) Vigilanza e controlli sulle sperimentazioni di unità d'offerta innovative e le misure applicative della DGR n. 116/2013

I Piani di vigilanza e controllo devono prevedere anche le verifiche sulle sperimentazioni di unità d'offerta innovative, approvate dalla regione ai sensi della lettera w) dell'art. 11 della l.r. 3/2008 e il controllo sulle misure applicative della DGR n. 116/2013.

Per le modalità e le percentuali di verifica si applicano le regole previste per le altre unità d'offerta.

I requisiti e gli standard sono quelli specifici definiti per la sperimentazione o la misura verificata.

PROGRAMMAZIONE DEI CONTROLLI SULLA RETE DELLE UNITÀ DI OFFERTA SOCIALI

Con riferimento alle unità di offerta sociali, le ASL dovranno garantire le verifiche sul 100% delle Comunicazioni Preventive di Esercizio pervenute.

Al fine di attuare il principio per il quale la periodicità dei controlli deve essere assicurata almeno ogni due anni, la programmazione 2015 sulla vigilanza dovrà garantire le verifiche sul mantenimento dei requisiti su almeno il 50% delle unità di offerta a carattere non temporaneo in esercizio presenti sui rispettivi territori delle ASL, 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 2015, la ASL assicura l'effettuazione di tali controlli da parte della commissione competente, nominata secondo le indicazioni della DGR n. 1845/2014 descrivendo le modalità adottate per l'esercizio del controllo ed rendicontando tali attività nell'ambito del monitoraggio semestrale del Piano.

Si confermano gli 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.

4.8 Sistema informativo

Per il 2015 le regole del sistema informativo interessano i seguenti ambiti:

IL SISTEMA DI CONTROLLO DIREZIONALE

La Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale, Volontariato e Pari Opportunità, in collaborazione con Lombardia Informatica, ha attuato una serie di azioni di ampliamento della

piattaforma di Data Warehouse (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. Nell'ambito del processo di attuazione delle determinazioni di cui alla DGR n. 1185/2013, nel 2014 è stata data la possibilità alle Asl di accedere al sistema DWH al fine di esercitare i controlli sulla rete delle unità di offerta sociosanitarie e sulle informazioni relative alle risorse economiche. Nel corso del 2015 le fonti dati del sistema DWH saranno razionalizzate per integrare l'anagrafica regionale AFAM e le modifiche che verranno apportate ai flussi di rilevazione del sistema di offerta sociosanitario. A seguito di ciò, la Direzione potrà fruire di nuovi indicatori a supporto di una migliore analisi dei processi legati al sistema sociosanitario.

I FLUSSI DI RILEVAZIONE DELLA PRODUZIONE NEL SISTEMA DI OFFERTA SOCIO SANITARIO

Nel 2015 l'attuale sistema di acquisizione, controllo, restituzione errori e di elaborazione di analisi fondato sul Flusso Economico (FE) acquisito via SMAF (sistema Modulare di Acquisizione Flussi) ed elaborato nell'ambito del DWH di Direzione sarà esteso per recepire i flussi riferiti alla produzione dell'ADI.

Al fine di rafforzare l'attività di controllo sul corretto uso delle risorse nel sistema, saranno ulteriormente implementati, anche attraverso la costituzione di appositi gruppi di lavoro, i controlli della Regione sulle rendicontazioni economiche.

Nel corso del 2015 gli attuali flussi di rilevazione sociosanitari istituiti a seguito delle DGR n. 856/2013 e n. 740/2013 verranno adeguati alle nuove esigenze informative che si sono evidenziate nel corso del 2014, implementando anche il sistema dei controlli.

I FLUSSI DI RILEVAZIONE DEL SISTEMA DI OFFERTA SOCIO SANITARIO E SOCIALE

Nel corso del 2015 verrà adottato il processo di codifica delle unità di offerta sociosanitarie nel quadro delle nuove regole ministeriali legate al MRA (Monitoraggio Rete Assistenziale).

Gli strumenti della rilevazione dei dati sul sistema di offerta sociosanitario a livello territoriale sono costituiti dall'applicativo AFAM (Anagrafica Famiglia) che nel corso del 2015, andrà anche a sostituire progressivamente il flusso trimestrale della rete acquisito attraverso SMAF (Sistema Modulare di Acquisizione Flussi), anche in un'ottica di semplificazione. A seguito dell'intervento, il sistema AFAM permetterà la fruizione dei dati di ulteriori tipologie di unità di offerta sociosanitarie quali Consultori, comunità TOX, SERT e SMI. Inoltre, saranno completati gli sviluppi per recepire i dati riguardanti le strutture di riabilitazione e cure intermedie come riordinate dalla DGR n. 1185/2013. 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 2015, 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 31/12/2015. 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.

Nel corso del 2014 si è dato avvio alla sperimentazione di un nuovo sistema di acquisizione dei dati sulle unità di offerta sociali, fondato in allineamento al processo di acquisizione in ambito sociosanitario, sull'attribuzione di codici univoci alle strutture. Nel corso del 2015 tali regole e i dati relativi saranno disponibili nel sistema AFAM, rendendolo di fatto l'anagrafe unica delle strutture sociali e sociosanitarie di riferimento della Direzione. 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 sociosanitaria.

Nel 2015 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 le politiche sociosanitarie e sociali. Le Asl sono quindi chiamate a supportare il processo di attuazione del sistema informativo legato alla programmazione dei Piani di zona.

GESTIONE DEI FLUSSI OGGETTO DI DEBITO INFORMATIVO MINISTERIALE (MDS)

Anche nel 2015 la Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale, Volontariato e Pari Opportunità 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). Dal 2014 è stato introdotto l'invio all' NSIS 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 una forte attenzione nella gestione dei processi di correzione degli errori rilevati dal sistema 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, Volontariato e Pari Opportunità 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 incrementare il volume e la qualità dei dati validi ai fini dell'invio dei flussi oggetto di debito informativo ministeriale.

Inoltre, per meglio rispondere al debito informativo ministeriale collegato all'assistenza domiciliare integrata, il flusso SIAD sarà oggetto di revisione anche con l'integrazione di elementi utili al fine del calcolo degli indicatori nell'ambito degli adempimenti Lea.

5. NEGOZIAZIONE RISORSE E CONTRATTO

5.1 Contratto

5.1.1 Regole per l'accesso al contratto

Come già definito con la DGR n. 2569/2014 *“Revisione del sistema di esercizio e di accreditamento delle unità d’offerta sociosanitarie e linee operative per le attività di vigilanza e controllo”*, la sottoscrizione di un contratto con il Servizio Sanitario Regionale è soggetto alla programmazione regionale dell’offerta sociosanitaria. Il presupposto principale, necessario ma non sufficiente, per la sottoscrizione del contratto è di essere un soggetto accreditato. Inoltre, preliminarmente alla sottoscrizione di ogni tipologia di contratto con il Servizio Sanitario Regionale, il soggetto gestore deve acquisire la documentazione di cui all’articolo 38 del decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163, *Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle direttive 2004/17/CE e 2004/18/CE*, nelle modalità ivi indicate.

Ai soggetti a contratto si applica il Libro II del decreto legislativo 159/2011. L’autocertificazione antimafia è alternativa all’informazione antimafia e, pertanto, i soggetti gestori accreditati e a contratto che rientrano nelle fattispecie di cui all’articolo 91 del decreto legislativo 159/2011, non devono produrre l’autocertificazione antimafia di cui all’articolo 89 del medesimo decreto.

REGOLE GENERALI E SPECIFICHE

Il soggetto gestore, con la sottoscrizione del contratto con la ASL, dichiara di conoscere e si impegna ad applicare oltre a quanto contenuto nel presente provvedimento, concernente la regolazione del sistema sociosanitario per l’anno 2015, tutta la normativa regionale di carattere generale e quella specifica per l’unità d’offerta gestita, che qui di seguito si richiama:

- DGR 8 maggio 2014, n. X/1765, *“Il sistema dei controlli in ambito sociosanitario: definizione degli indicatori di appropriatezza in attuazione della DGR X/1185 del 20/12/2013”*;
- DGR 31 ottobre 2014, n. X/2569, *“Revisione del sistema di esercizio e accreditamento delle unità di offerta sociosanitarie e linee operative per le attività di vigilanza e controllo”*;
- DGR 20 dicembre 2013, n. X/1185, *“Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario regionale per l’esercizio 2014”*;
- DGR 13 giugno 2014, n. X/1953, *“Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario regionale per l’esercizio 2014 – integrazione regolamentazione assenze nei servizi residenziali e semiresidenziali area disabili e dipendenze”*;

RESIDENZE SANITARIO ASSISTENZIALI PER ANZIANI (RSA)

- DGR 14 dicembre 2001, n. 7435, *“Attuazione dell’art. 12, commi 3 e 4 della L.R. 11 luglio 1997, n. 31: Requisiti per l’autorizzazione al funzionamento e per l’accredimento delle Residenze Sanitario Assistenziali per Anziani (RSA)”*
- DGR 7 aprile 2003, n. 12618, *“Definizione degli standard di personale per l’autorizzazione al funzionamento e l’accredimento delle Residenze Sanitario Assistenziali per anziani (RSA) e*

prima revisione del sistema di remunerazione regionale (in attuazione della DGR n. 7435 del 14 dicembre 2001)”

CENTRI DIURNI INTERGATI PER ANZIANI (CDI)

- DGR 22 marzo 2002, n. 8494, “Requisiti per l’autorizzazione al funzionamento e l’accreditamento dei Centri diurni integrati”
- DGR 9 maggio 2003, n. 12903, “Indirizzi e criteri per la remunerazione regionale dei Centri Diurni Integrati accreditati in attuazione della DGR 22 marzo 2002, n. 8494”

RESIDENZE SANITARIO ASSISTENZIALI PER PERSONE CON DISABILITA’ (RSD)

- DGR 7 aprile 2003, n. 12620, “Definizione della nuova unità di offerta Residenza Sanitario Assistenziale per persone con disabilità (RSD). Attuazione dell’art. 12, comma 2 della L.R. 11 luglio 1997, n. 31”

CENTRI DIURNI PER PERSONE CON DISABILITA’ (CDD)

- DGR 23 luglio 2004, n. 18334, “Definizione della nuova unità di offerta Centro Diurno per persone con disabilità (CDD): requisiti per l’autorizzazione al funzionamento e per l’accreditamento”

COMUNITA’ ALLOGGIO SOCIO SANITARIA PER PERSONE CON DISABILITA’ (CSS)

- DGR 23 luglio 2004, n. 18333, “Definizione della nuova unità di offerta Comunità alloggio Sociosanitaria per persone con disabilità (CSS): requisiti per l’accreditamento”

CURE INTERMEDIE E RIABILITAZIONE

- DGR 16 dicembre 2004, n. 19883, “Riordino della rete delle attività di riabilitazione”;
- DGR 20 dicembre 2013, n. 1185, “Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario regionale per l’esercizio 2014”

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)

- DGR 30 maggio 2012, n. 3541, “Definizione dei requisiti specifici per l’esercizio e l’accreditamento dell’assistenza domiciliare integrata”, rettificata dalla DGR 6 giugno 2012, n. 3584
- DGR 25 luglio 2012, n. 3851, “Determinazioni in ordine alle tariffe sperimentali dei nuovi profili dell’assistenza domiciliare integrata (ADI)”

HOSPICE

- DGR 7 aprile 2003, n. 12619, “Attuazione dell’art. 12, commi 3 e 4 della L.R. 11 luglio 1997, n. 31. Requisiti per l’autorizzazione al funzionamento e per l’accreditamento delle Strutture Residenziali per pazienti terminali, altrimenti dette Hospice”
- DGR 28 dicembre 2012, n. 4610, “Determinazioni in ordine alla rete di cure palliative e alla rete di terapia del dolore in Regione Lombardia in applicazione della legge 38 del 15 marzo 2010, Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”

CONSULTORI FAMILIARI

- DGR 11 dicembre 2000, n. 2594, “Determinazioni in materia di autorizzazione al funzionamento del servizio per le attività consultoriali in ambito materno infantile”

- DGR 26 gennaio 2001, n. 3264, “Determinazioni in materia di accreditamento del servizio per le attività consultoriali in ambito materno infantile a seguito della L.R. 12/8/1999, n. 15, L.R. 6/12/1999, n. 23 e L.R. 5/1/2000, n. 1 e conseguente revoca della DGR n. 45251 del 24/9/1999, Determinazioni in merito all’art. 8, comma 4 e 7, del D.Lgs. 30/12/1992 n. 502 e successive modifiche, relativamente agli istituti dell’autorizzazione e dell’accreditamento dei consultori familiari pubblici e privati, e a seguito delle disposizioni normative in materia”

SERVIZI PER LE DIPENDENZE

- DGR 7 aprile 2003, n. 12621, “Determinazione dei requisiti standard per l’autorizzazione al funzionamento e l’accreditamento dei servizi privati e pubblici per l’assistenza alle persone dipendenti da sostanze illecite e lecite (art. 12, comma 3 e 4, L.R. 31/1997) e indirizzi programmatici e direttive sull’organizzazione dei servizi territoriali dipendenze nelle ASL: Progetto Regionale Dipendenze”
- DGR 10 ottobre 2007, n. 5509, “Determinazioni relative ai servizi accreditati nell’area dipendenze”
- DGR 22 dicembre 2008, n. 8720, “Determinazioni in merito alla riqualificazione dei servizi ambulatoriali per le dipendenze”

NORMATIVA RELATIVA A PARTICOLARI CATEGORIE DI UTENTI CON RILEVANZA RISPETTO AL FUNZIONAMENTO DI UNITA’ D’OFFERTA SOCIO SANITARIE

- DGR 26 giugno 2007, n. 5000, “Determinazioni relative alla assistenza di persone disabili presenti in strutture di riabilitazione”;
- DGR 19 dicembre 2007, n. 6220, “Determinazioni in ordine alla assistenza di persone in stato vegetativo nelle strutture di competenza della Direzione Generale Famiglia Solidarietà Sociale, Volontariato e Pari Opportunità. Finanziamento a carico del Fondo Sanitario”;
- DGR 6 agosto 2008, n. 7915, “Determinazioni in ordine al miglioramento qualitativo dell’assistenza garantita a persone affette da sclerosi laterale amiotrofica e a persone che si trovano nella fase terminale della vita, con particolare attenzione alla terapia del dolore ed alle cure palliative a favore di pazienti oncologici”;
- DGR 16 settembre 2009, n. 10160, “Determinazioni in merito agli interventi sperimentali per persone che si trovano in stato vegetativo e per persone affette da malattie dei motoneuroni, in particolare sclerosi laterale amiotrofica. Finanziamento a carico del Fondo Sanitario regionale”;
- DGR 4 agosto 2011, n. 2124, “Linee di indirizzo per l’assistenza di persone in stato vegetativo: sperimentazione e finanziamento a carico del Fondo Sanitario”;
- DGR 25 ottobre 2012, n. 4222, “Approvazione delle linee guida propedeutiche agli indirizzi per l’assistenza a persone in stato vegetativo nelle unità d’offerta socio sanitarie”;
- DGR 28 dicembre 2012, n. 4598, “Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l’anno 2013. Primo provvedimento attuativo”;

Si conferma inoltre che:

- i soggetti gestori di CDI e CDD devono specificare, nel contratto o in un allegato, i giorni settimanali di apertura del centro, gli orari e il calendario di funzionamento. Lo standard di personale previsto dalla normativa specifica è basato su cinque giorni di apertura. Pertanto,

in caso di apertura su più giornate settimanali, lo standard di personale deve essere aumentato proporzionalmente;

- i soggetti gestori di RSA e RSD provvedono alla cancellazione degli ospiti dagli elenchi dei rispettivi medici di medicina generale a partire dal giorno dell'ingresso o dalla data di sottoscrizione del contratto, se successiva.

CONTRATTO UNICO E ENTE GESTORE UNICO

Conferma della possibilità di sottoscrizione di un contratto unico (semplificazione amministrativa), raccordo con la nuova definizione di "ente unico gestore" di cui alla DGR n. 2569/2014 e recepimento di alcune buone prassi sperimentate dalle ASL nel corso della prima applicazione della disposizione.

5.1.2 Nuovo schema di contratto tipo tra ASL e soggetto gestore

SCHEMA DI CONTRATTO PER LA DEFINIZIONE DEI RAPPORTI GIURIDICI ED ECONOMICI TRA ASL E SOGGETTO GESTORE DI UNITÀ D'OFFERTA SOCIO SANITARIE ACCREDITATE

Tra la ASL (...) con sede legale nel Comune di (...) in via (...) n. (...), codice fiscale (...) partita IVA (...), nella persona del Direttore Generale, o suo delegato, dott. (...) nato a (...) il (...), domiciliato per la carica presso la sede della ASL; (*qualora si tratti di ente gestore unico con unità d'offerta in più ASL: in nome e per conto delle ASL (...), per le rispettive strutture ivi operanti;*) di seguito denominata ASL;

E il soggetto gestore (*indicare ragione sociale completa*), con sede legale nel Comune di (...) in via (...) n. (...), codice fiscale (...) partita IVA (...), nella persona del sig. (...) nato a (...) il (...) residente nel Comune di (...) via (...) n. (...) codice fiscale (...), in qualità di legale rappresentante o suo delegato (*qualora si tratti di soggetto diverso dal legale rappresentante indicare e allegare l'atto che conferisce i poteri di firma*), per l'unità d'offerta socio sanitaria (*tipologia*) denominata (...), con sede nel Comune di (...) in via (...) n. (...), codice di struttura n. (...), accreditata con Deliberazione o Decreto n. (...) del (...) per (*specificare n. posti o prestazioni*); (*in caso di contratto relativo a ente gestore unico di una pluralità di unità di offerta elencare tutte le unità d'offerta e i rispettivi dati, specificando le ASL di ubicazione*) di seguito denominato soggetto gestore;

Premesso che:

- la ASL, ai sensi della programmazione regionale, si avvale del soggetto gestore per la suddetta unità d'offerta socio sanitaria per (*specificare n. posti o n. prestazioni*); (*in caso di contratto relativo a ente gestore unico di una pluralità di unità di offerta elencare tutte le unità d'offerta e i rispettivi dati, specificando le ASL di ubicazione*)
- il soggetto gestore mette a disposizione della ASL i suddetti posti o prestazioni accreditati che verranno remunerati secondo le tariffe regionali vigenti e le modalità stabilite dal presente contratto;
- (*con riferimento esclusivo alle unità di offerta nelle quali è prevista compartecipazione alla spesa da parte dell'utenza*) il soggetto gestore comunica di praticare le seguenti rette giornaliere a carico degli ospiti e si impegna a comunicare alla ASL eventuali variazioni: (...). (*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 la ASL di ubicazione)

Si stipula quanto segue

ARTICOLO 1. Oggetto del contratto

Le premesse costituiscono parte integrante e sostanziale del presente contratto che definisce i rapporti giuridici ed economici derivanti dall'erogazione di prestazioni sociosanitarie da parte del soggetto gestore in relazione all'esercizio della unità d'offerta di cui in premessa, con oneri a carico della ASL, secondo le tariffe stabilite da Regione Lombardia e fatta salva la partecipazione ai costi da parte dell'utente, ai sensi della vigente normativa.

ARTICOLO 2. Obblighi del soggetto gestore

Il soggetto gestore, con la sottoscrizione del presente contratto, dichiara di conoscere e si impegna ad applicare le norme generali statali e regionali e quelle specifiche della unità d'offerta oggetto del presente contratto.

L'ente gestore si impegna inoltre a:

- a) concorrere al rispetto ed all'attuazione dei principi, delle indicazioni e degli adempimenti previsti nella L.R. n. 3/2008 a carico degli enti gestori;
- b) verificare che all'atto dell'accesso gli assistiti abbiano le caratteristiche e manifestino le condizioni di bisogno previste per il tipo di unità d'offerta gestito;
- c) *(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;
- d) 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; informare inoltre della possibilità di accedere all'Ufficio relazioni con il pubblico e all'Ufficio di pubblica tutela della ASL;
- e) partecipare a iniziative promosse dalla ASL o dagli ambiti di programmazione sociale locale, rivolte ad attuare l'integrazione tra la rete d'offerta sociale e quella sociosanitaria;
- f) non richiedere alcun corrispettivo per lo svolgimento di tutte le pratiche e le procedure preliminari alla presa in carico dell'utente;
- g) collocare gli ospiti per i quali si ricevono tariffe a carico del Fondo Sanitario Regionale su posti accreditati e messi a contratto.

ARTICOLO 3. Sistema tariffario e pagamenti

La ASL (*in caso di ente gestore unico: territorialmente competente per ciascuna unità d'offerta*) è tenuta a erogare al soggetto gestore, nel rispetto delle disposizioni regionali vigenti, le tariffe previste da Regione Lombardia, secondo le modalità fissate nel presente contratto.

La ASL (*in caso di ente gestore unico: territorialmente competente per ciascuna unità d'offerta*) anticipa mensilmente acconti pari all'85% di un dodicesimo del budget oppure, in caso di nuova

unità d'offerta, del budget coerente con il piano di inserimento degli ospiti. Garantisce inoltre l'erogazione del saldo trimestrale entro i successivi 60 giorni dall'avvenuto ricevimento della fattura. 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.

Il soggetto gestore si impegna a emettere mensilmente le fatture 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.

Ferma restando la possibilità di decurtare, recuperare o ridurre le somme previste a titolo di tariffa, sulla base di provvedimenti assunti dalla 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.

ARTICOLO 4. Utenti fuori regione

Le presenti disposizioni si applicano alle prestazioni erogate per tutti i cittadini residenti in Regione Lombardia. Le prestazioni erogate nei confronti di cittadini residenti in altre Regioni vengono 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 Fondo Sanitario Regionale. Le prestazioni a favore di cittadini non lombardi devono essere prestate secondo gli stessi criteri di appropriatezza 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 ai cittadini non residenti in Regione Lombardia.

ARTICOLO 5. Budget

Alla unità d'offerta è assegnato il budget di risorse indicato nell'allegata scheda di budget, parte integrante del presente contratto. *(nel caso di ente gestore unico allegare una scheda budget per ogni unità di offerta).*

(Solo per le RSA) All'unità d'offerta è assegnato nel primo semestre un budget provvisorio, che viene rideterminato in ragione d'anno in applicazione del sistema di vendor rating.

L'eventuale modifica della scheda budget può essere concordata non oltre il 30 novembre dell'anno in corso, compatibilmente con le risorse disponibili e sentita la Direzione Generale competente.

Al raggiungimento della soglia di budget indicata non sarà riconosciuta alcuna ulteriore remunerazione, fatte salve le prestazioni extra-budget per utenza non tipica, di cui ai successivi articoli.

L'esaurimento del budget non costituisce motivo valido per l'incremento delle rette a carico dell'utenza.

ARTICOLO 6. 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 n. 5000/2007)* è

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, considerando il livello di remunerazione più alto.

La ogni presa in carico di utenza non tipica è soggetta a preventiva comunicazione da parte del soggetto gestore nei confronti della ASL (*in caso di ente gestore unico*: territorialmente competente per ciascuna unità d'offerta).

ARTICOLO 7. Modalità di registrazione e codifica delle prestazioni

Il debito informativo analitico costituisce lo strumento fondamentale per le rendicontazioni economiche. L'ASL pertanto non si procede alla remunerazione di quelle prestazioni il non correttamente rendicontate.

La 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. verificare

ARTICOLO 8. Controversie

Per ogni controversia che dovesse insorgere sulla interpretazione e sulla applicazione del presente contratto è competente il Foro di (...)

ARTICOLO 9. Durata

Il presente contratto ha validità dal (...) sino al (...).

ARTICOLO 10. Vigilanza della ASL sugli adempimenti contrattuali

Compete alla ASL, in aggiunta alle normali funzioni di vigilanza sulle unità d'offerta sociosanitarie, la vigilanza sugli adempimenti contrattuali. In caso di inosservanza delle clausole, ove ciò non costituisca causa di risoluzione del contratto, previa diffida ad adempiere entro un congruo termine, il soggetto gestore è sanzionato con una penale di euro tremila.

ARTICOLO 11. Recepimento di normative regionali

Le parti danno atto che il presente contratto si intende automaticamente modificato o integrato per effetto di sopravvenute normative regionali, il cui contenuto deve essere formalmente reso noto dalla ASL al soggetto gestore, con la chiara indicazione dei termini relativi alle diverse eventuali obbligazioni.

ARTICOLO 12. Clausola risolutiva espressa

Il presente contratto è risolto immediatamente e automaticamente qualora dovessero essere comunicate dalla prefettura o da altro organo certificatore, successivamente alla stipula del contratto, informazioni interdittive di cui al D.lgs. 159/2011 s.m.i.

ARTICOLO 13. Norma di rinvio

Per ogni aspetto non disciplinato dal presente contratto si fa rinvio al codice civile e alla normativa di settore.

Letto, confermato e sottoscritto.

Luogo e data

IL DIRETTORE GENERALE
DELLA ASL

IL LEGALE RAPPRESENTANTE
DEL SOGGETTO GESTORE

5.1.3 Disciplina del contratto unico

IL CONTRATTO UNICO

I soggetti gestori di più unità d'offerta, nell'ottica della semplificazione amministrativa, possono sottoscrivere un unico contratto, anche nel caso in cui fossero coinvolte più ASL. Alla luce delle esperienze del primo anno di applicazione di detta misura, si forniscono alcune precisazioni:

- il contratto unico è una mera misura di semplificazione amministrativa, che non presuppone il riconoscimento di *ente gestore unico* di cui alla DGR n. 2569/2014. Il soggetto gestore di più unità d'offerta può chiedere di sottoscrivere un unico contratto con la ASL in cui è situata la propria sede legale oppure, nel caso di un soggetto con sede legale fuori regione, nella ASL in cui svolge in modo prevalente la propria attività;
- al contratto unico vengono allegate distinte schede di budget, tante quante sono le unità d'offerta gestite dal soggetto contraente. A tal fine la ASL territorialmente competente esprime una delega nei confronti della ASL che sottoscrive il contratto unico, approvando la relativa scheda di budget;
- la delega è unica per tutto il 2015: comprende il budget provvisorio, quello definitivo e la sua eventuale rimodulazione nel corso dell'anno. Cambia ovviamente la scheda di budget, che ogni ASL territorialmente competente approva e trasmette di volta in volta alla ASL delegata a sottoscrivere il contratto;
- la titolarità del budget rimane in capo alla ASL in cui opera l'unità d'offerta e pertanto la relativa scheda di budget deve essere formalmente approvata dalla ASL delegante e inviata in tempo utile per la sottoscrizione del contratto alla ASL delegata;
- la ASL che sottoscrive il contratto unico ne invia copia digitalizzata alla ASL delegante, oltre che a Regione, per la relativa gestione del budget.

Lo spostamento di budget tra ASL

La precedente normativa in tema di ente unico gestore, la DGR n. 3257/2006, è stata superata dalla DGR n. 2569/2014. Viene pertanto rinviata alle regole annuali di gestione del sistema socio-sanitario la questione dello spostamento di budget tra unità d'offerta a contratto della stessa tipologia, anche tra ASL diverse, con l'accordo delle ASL interessate.

In ragione della revisione degli aspetti programmatori in corso, nel 2015 non è consentito spostare quote di budget tra ASL diverse, al fine di raggiungere l'obiettivo di una progressiva assegnazione di posti e relativo budget in linea con i bisogni reali espressi dal territorio. Rimane la possibilità di spostare quote di budget all'interno della stessa ASL, sempre per la stessa tipologia di unità d'offerta, al fine di permettere alle ASL un'azione rivolta a riequilibrare l'offerta territoriale.

5.2 Budget

5.2.1 Il modello di governo delle risorse in ambito ASSI

Nel 2015, viene avviato un percorso di revisione del modello di governo delle risorse in ambito sociosanitario che vedrà la progressiva implementazione del sistema di vendor rating, prefigurando già per il 2016 il superamento dell'attuale logica basata sul budget storico verso una nuova modalità fondata sul concetto di acquisto di posti. Nel 2015 si intende individuare l'Unità d'Offerta RSA in via di prima applicazione, data la preminente rilevanza nel sistema sociosanitario. In questo scenario, il sistema di vendor rating ha lo scopo di incentivare un incremento della qualità dei servizi offerti dagli Enti gestori, valorizzare il ruolo degli operatori sociosanitari presenti sul territorio e permettere un aumento delle performance di sistema, premiando gli operatori virtuosi.

Per il 2015, pertanto, il sistema delle regole di governo delle risorse, viene declinato nei seguenti ambiti:

- quello del sistema dei servizi tradizionali a budget: tra questi, per le sole RSA, viene introdotto il sistema di vendor rating quale elemento di valorizzazione dei comportamenti virtuosi e di disincentivazione di quelli inappropriati;
- quello del servizio di Assistenza Domiciliare Integrata;
- quello dei servizi che, in un'ottica di necessaria integrazione 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.

Per il 2015 viene confermata la budgetizzazione per le seguenti unità d'offerta sociosanitarie:

- Residenze Sanitario Assistenziali per Anziani (RSA), con le modalità specifiche che verranno di seguito esplicitate legate all'introduzione del sistema di vendor rating
- Residenze Sanitario Assistenziali per Disabili (RSD)
- Centri Diurni Integrati per Anziani (CDI)
- Centri Diurni per Disabili (CDD)
- Comunità Socio Sanitarie per Disabili (CSS)
- Hospice
- Strutture di Riabilitazione Territoriale extraospedaliera come riordinate dalla DGR n. 1185/2013
- Servizi residenziali e semiresidenziali dell'area dipendenze
- Servizi multidisciplinari integrati (SMI) dell'area dipendenze
- Consulenti familiari privati

Per quanto riguarda l'ADI, si conferma il modello attuale basato sui voucher, con un accesso attraverso la valutazione multidimensionale del bisogno. Le ASL saranno tenute al rispetto del

budget annuale assegnato per l'ADI, rafforzando il ruolo di filtro rappresentato dalla valutazione multidimensionale del bisogno, attraverso l'adozione di opportuni strumenti di monitoraggio e controllo periodico (almeno trimestrale) della spesa, articolato per livello distrettuale.

Nell'ambito delle misure definite dalla DGR quadro n. 116/2013 si conferma il sistema basato sul contratto di regole nell'ambito del budget complessivo di Asl ad esse finalizzato per il riconoscimento di:

- Voucher di Residenzialità leggera / assistita;
- Voucher per RSA e RSD Aperta;
- Voucher per Residenzialità per minori gravissimi;
- Voucher per percorsi di intervento nell'ambito del Gioco d'azzardo patologico.

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, Solidarietà Sociale, Volontariato e Pari opportunità, consentirà anche nel 2015 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.

5.2.2 Le regole di definizione del budget per il 2015 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. 2769 del 31/03/2014.

A ciascuna Unità d'Offerta sociosanitaria, ad eccezione delle RSA, dovrà essere assegnato un budget annuo, calcolato applicando le tariffe medie e le saturazioni definitive riconosciute nel 2014, proprie di ciascuna struttura, ai posti a contratto nel 2015, ricordando che le risorse utilizzate ai fini della rimodulazione dei budget 2014, derivanti dall'utilizzo di parte delle risorse destinate ai nuovi contratti ai sensi del Decreto n. 2769/2014, non sono storicizzabili ai fini della definizione del budget annuale 2015. Ciò con riferimento all'utenza tipica di cittadini lombardi.

Per le RSA, il budget annuo è assegnato secondo le modalità introdotte dal nuovo sistema di vendor rating, di cui al paragrafo 5.2.6.

Per le unità d'offerta messe a contratto, in tutto o in parte, nel corso del 2014, il budget 2015 potrà essere definito rapportando ad anno intero le prestazioni riferite solo ad una parte del 2014 e

valorizzando con riferimento alla tariffa media giornaliera di ASL e alla saturazione media di ASL per l'anno 2014, con riguardo all'utenza tipica.

Il budget relativo a posti aggiuntivi di unità d'offerta già contrattualizzate è valorizzata a tariffa media giornaliera e a saturazione media di ASL riferite alla medesima unità d'offerta per il 2014. 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 le RSA.

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).

Si conferma per il 2015 la remunerazione di prestazioni rese a favore di persone agli arresti domiciliari o affidati in prova in comunità terapeutiche è compresa, sia nel budget di ciascuna ASL, che in quello di ciascuna struttura accreditata e a contratto dell'area dipendenze.

Per i consultori il budget è comprensivo dell'importo derivante dall'incasso dei ticket vigenti.

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 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 sociosanitaria. 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.

5.2.3 Budget altri costi

Anche per l'anno 2015 viene previsto il budget aziendale per altri costi non tariffati dalla Regione.

A ciascuna ASL le risorse vengono provvisoriamente assegnate in misura pari al 100% dei rispettivi budget aziendali 2014.

Nel budget altri costi dal 2015 sono ricomprese le risorse finalizzate alla prosecuzione del Tavolo Tecnico Regionale degli Osservatori (TTRO) pari a 20.000 € per ASL, salvo eventuali residui. Gli Osservatori Territoriali attueranno il Piano di lavoro 2015, come di seguito:

- condivisione di un glossario relativo alle principali criticità rilevate nei flussi, tramite confronto dei dataset aggregati delle varie ASL, con focus sugli aspetti più problematici, al fine di superare le disuniformità di significato e quindi di categorizzazione;
- reportistica Regionale su base dati ricavata attraverso il tracciato sperimentale SIND Regione;
- verifica di fattibilità sul nuovo flusso AMB (versione completa) per il suo impiego per la reportistica regionale dell'anno successivo. Azioni previste:
 1. Dal 1° gennaio entrerà in vigore il nuovo flusso AMB in una versione "base
 2. Nel secondo semestre si testerà la versione completa per valutare il suo utilizzo per le finalità della reportistica regionale
 3. La reportistica 2015 (riferita al 2014) verrà redatta utilizzando come base dati il tracciato sperimentale SIND Regione, secondo le modalità di trattamento dei dati utilizzate nel 2014.

5.2.4 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 2015 si conferma quanto disposto dalla DGR n. 1953/2014 in tema di trattamento delle assenze nei servizi residenziali e semiresidenziali, nell'ambito del budget assegnato. In particolare, la disciplina di cui al punto 2 b) è estesa anche per le prestazioni in regime residenziale per riabilitazione di mantenimento a favore di minori che frequentano attività scolastiche.

Si conferma altresì, nel caso specifico dei CDD, la remunerazione per un massimo di 4 giornate annue riferite alle attività di programmazione delle attività educative personalizzate e alla verifica delle attività programmate, nell'ambito dei tetti definiti dalla DGR n. 1953/2014 e dalla DGR n. 1185/2013 e del budget assegnato. La valorizzazione delle giornate riferite alle attività di programmazione è determinata sulla base della tariffa media di struttura. 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 2014, 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.

5.2.5 Il contratto e la scheda di budget

I contratti sottoscritti con gli enti gestori per l'esercizio 2014, ad eccezione delle RSA, sono prorogati a tutto il 31/3/2015, definendo un budget provvisorio pari a tre dodicesimi del budget sottoscritto ai sensi del decreto 2769 del 31/03/ 2014.

Non si consolidano sul 2015 le compensazioni tra budget relativi a diverse tipologie di unità di offerta effettuate a fine esercizio 2014.

Per eventuali unità d'offerta di nuova contrattualizzazione il budget provvisorio sarà determinato prendendo a riferimento la tariffa media di ASL e il livello di saturazione dei posti a contratto non superiore al 90%.

Entro il 31 marzo 2015, verranno negoziati e sottoscritti tra ASL e soggetti gestori i budget definitivi che dovranno valere per l'intero anno 2015. 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.

E' prorogato sino al 31/3/2015 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 di cui alla DGR n. 1185/2013.

Per quanto concerne in modo specifico le RSA, i contratti sottoscritti con i soggetti gestori per l'esercizio 2014 sono prorogati a tutto il 28/2/2015, definendo un budget provvisorio pari a 2/12 del budget sottoscritto a sensi del decreto 2769 del 31/3/2014. Entro il 28/2/2015 verranno sottoscritti tra ASL e soggetti gestori i contratti per l'intero anno 2015 che recepiscono il sistema di vendor rating di nuova progressiva introduzione. La scheda budget allegata al contratto ha validità per il primo semestre 2015. Il budget provvisorio viene definito nella misura del 50% del budget 2014 sottoscritto ai sensi del citato decreto 2769/2014 e ricomprende il volume di risorse assegnato per il periodo di proroga. Entro il 30/6/2015 viene assegnato il budget definitivo sulla base degli esiti dell'applicazione del sistema di vendor rating, ricomprensivo del budget provvisorio del primo semestre 2015.

Per le RSA che nel corso del 2014 hanno completato il piano programma, il budget relativo al periodo di proroga è pari ai 2/12 del budget sottoscritto in sede di rimodulazione conseguente alla

conclusione del Piano stesso. Il budget provvisorio relativo al primo semestre 2015 è definito nella misura del 50% del valore determinato in base al numero dei posti a contratto, alla tariffa SOSIA media ed alla saturazione media di ASL.

Eventuali rimodulazioni di budget potranno avvenire entro il termine massimo del 30 novembre 2015.

Con successivi provvedimenti della Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale, Volontariato e Pari opportunità, si forniranno ulteriori indicazioni, attuative della presente deliberazione, ai fini della determinazione dei budget definitivi per l'intero anno 2015, tenuto conto delle rendicontazioni economiche per il 2014 e considerate le effettive disponibilità per il finanziamento dei servizi sociosanitari integrati nell'anno 2015.

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.

5.2.6 Applicazione sistema vendor rating RSA

Nel 2015 viene avviato un importante percorso di revisione delle modalità di acquisto di prestazioni dalle RSA, coerentemente con quanto definito nella DGR n. 1185/2013, introducendo il concetto di vendor rating e di indicatori di fabbisogno.

Il percorso di revisione prevede una prima fase 2015 che introduce il sistema di vendor rating, mantenendo l'impostazione del budget storico, con una modalità tale da tutelare gli enti erogatori, i loro operatori e i loro ospiti in questa fase di prima applicazione.

Nel 2016 sarà messo a regime il modello di vendor rating, andando a superare la logica del budget storico, per andare verso un meccanismo di acquisto del posto letto presso gli operatori maggiormente qualificati.

Sulla base di queste premesse, per il 2015, i budget per le RSA vengono definiti provvisoriamente per i primi 6 mesi in misura pari al 50% dei rispettivi budget storici.

Entro il 30 giugno 2015, le ASL assegnano il budget definitivo sulla base degli esiti della prima applicazione del sistema di vendor rating.

Gli indicatori su cui si baserà il sistema di vendor rating, in una fase di prima individuazione, sono:

- minutaggio assistenziale settimanale per ospite;
- mix professionale;
- retta media praticata all'ospite;
- saturazione media dei posti a contratto attivi nel corso dell'anno, ovvero quelli a contratto non chiusi temporaneamente per motivi strutturali.

E' previsto un percorso partecipato di condivisione del modello operativo e degli indicatori del sistema di vendor rating, tenendo in considerazione le esperienze e le condizioni specifiche delle diverse aree territoriali.

Ogni indicatore assegna alla struttura una classificazione parziale su 5 livelli che, partendo dal livello più basso al più alto, è così strutturata: C, B, A, AA, AAA. Il rating complessivo della struttura sarà dato dalla somma dei rating parziali sui singoli indicatori, che avranno così uguale peso nella determinazione del rating finale.

La valorizzazione degli indicatori è determinata sui dati 2014, così come definito nella tabella seguente:

Indicatore	Formula	Fonte dati
Minutaggio assistenziale	Differenza tra i minutaggi totali rendicontati ai fini dello standard gestionale dalle singole strutture e lo standard minimi previsto da accreditamento (901 minuti)	Scheda struttura 2014
Mix professionale	Rapporto tra le ore rese da personale sanitario (medico, infermiere, terapeuta della riabilitazione, educatore) sul totale delle ore rendicontate per lo standard gestionale	Scheda struttura 2014
Retta media	Differenza tra la retta media della struttura e la retta media dell'ASL di appartenenza	Scheda struttura 2014
Saturazione	Rapporto tra le giornate di produzione effettive e il numero di giornate teoriche calcolate sui posti attivi	Flusso FE per le giornate di produzione 2014 Rilevazione ASL per i posti a contratto attivi

Verrà valutata, in sede di percorso partecipato con gli Enti gestori, l'opportunità di inserire indicatori di efficienza gestionale quale il margine operativo lordo, inteso come differenza tra ricavi caratteristici e costi operativi, al netto di ammortamenti e svalutazioni.

Le ASL provvederanno, sulla base degli indicatori descritti, alla valorizzazione del sistema di vendor rating per le RSA presenti sul proprio territorio. Al fine di garantire la solidità del sistema di vendor rating, il contratto prevederà specifici controlli che le ASL effettueranno sui dati inseriti in scheda struttura (minutaggi, mix professionale, retta media e margine operativo lordo).

Sulla base degli esiti degli indicatori, le strutture con rating B e C nella rideterminazione del budget annuale subiranno una riduzione rispettivamente del 2% e del 4% del budget storico.

Il valore economico complessivo derivante dalle riduzioni di cui sopra, a livello di ASL, verrà redistribuito dalla stessa ASL secondo le seguenti priorità:

- RSA con rating AAA o AA ubicate su territori che presentano un numero di posti letto inferiore alla media regionale (si rimanda all'indicatore di fabbisogno precedentemente descritto);
- RSA maggiormente virtuose nei territori che presentano un indice di fabbisogno già in linea con la media regionale.

E' in ogni caso prevista la possibilità di rimodulazione entro il 30 novembre 2015, a seguito di autorizzazione regionale e nei limiti delle risorse disponibili delle ASL.

Per il 2015, si prevede inoltre una dotazione di risorse economiche aggiuntive da destinare al potenziamento dell'offerta RSA nei territori più carenti e, pertanto, sulla base dell'indicatore di fabbisogno già illustrato in precedenza, nelle seguenti ASL: Bergamo, Milano, Milano 1, Milano 2, Monza Brianza, Varese.

Queste risorse consentiranno, a partire dal secondo semestre 2015, la messa a contratto di un numero di posti che verrà successivamente quantificato a chiusura dei dati FE 2014, sulla base del valore del SOSIA medio e della saturazione media regionale.

Potranno accedere alla messa a contratto di posti nel 2015 le seguenti strutture:

- strutture già accreditate e a contratto, che presentano posti accreditati e non a contratto;
- strutture che hanno solo posti accreditati alla data del 31 dicembre 2014;
- strutture che, a seguito della riapertura degli accreditamenti previsto con la presente DGR, avranno ottenuto l'accredimento entro la data del 30 giugno 2015.

Nella messa a contratto dei posti, priorità verrà data alle strutture che presentano i migliori rating.

Dal 2016 viene introdotta una modifica sostanziale nel processo di acquisto di prestazioni dalle RSA. Verrà superata la logica del budget storico e, in coerenza con l'introduzione del sistema di vendor rating attuata nel 2015, si procederà all'acquisto di posti letto.

In particolare, il numero di posti letto acquistato da ogni struttura ed il relativo valore economico verrà determinato sulla base dei seguenti parametri:

- numero di posti a contratto di ciascuna struttura alla data del 31-12-2015;
- tasso di saturazione di struttura 2015;
- valore del SOSIA medio di struttura 2015.

Il numero di posti letto a contratto così ottenuto potrà essere rideterminato sulla base degli esiti del sistema di vendor rating. Le modalità di applicazione del vendor rating, ovvero l'impatto sul numero di posti acquistati, in aumento o in riduzione rispetto all'attuale fotografia dei posti a contratto, verranno definite nel mese di ottobre 2015, a seguito di valutazione degli esiti derivanti dalla prima applicazione fatta nell'esercizio 2015.

APPENDICE

1. IL SISTEMA DI CLASSIFICAZIONE DEI BISOGNI NELL'AREA DELLE DIPENDENZE: LA CONDIZIONE DI BISOGNO, LA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE, LA MULTI PROFESSIONALITÀ

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 complessivo correlato ai comportamenti di uso/abuso/dipendenza mediante una valutazione multidimensionale integrata.

Gli obiettivi del cambiamento non possono che essere pertanto indirizzati a:

- realizzare un processo che garantisca sul territorio un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi sanitari e sociali teso a fornire l'unitarietà tra le diverse tipologie di prestazioni, la continuità tra le diverse azioni di cura ed assistenza, la realizzazione di percorsi integrati;
- riqualificare la rete d'offerta territoriale esistente, nell'ottica di una nuova e più razionale offerta di prestazioni sul territorio;
- individuare un modello unico regionale in grado di garantire un'omogenea valutazione dei bisogni ed una presa in carico globale integrata e continuativa nelle fasi di accoglienza, cura e reinserimento.

La modalità più appropriata con cui perseguire questi obiettivi è oggi rappresentata da una presa in carico personalizzata all'interno di una rete di servizi adeguata a garantire una risposta flessibile e dinamica rispetto a bisogni in continua evoluzione, potenziando la territorialità dell'intervento secondo una logica di integrazione e multidisciplinarietà.

In questa logica assume fondamentale importanza la definizione di "condizione di bisogno prevalente". Il bisogno prevalente viene individuato utilizzando strumenti riconosciuti e validati a livello nazionale ed internazionale, che permettono una diagnosi codificata da sistemi nosografici internazionali e che consentono di avere anche una valutazione multidimensionale delle diverse aree personali (salute fisica e mentale, lavoro, relazioni familiari, ecc.).

Una condizione di bisogno prevalente non può che essere definita attraverso la valutazione multidimensionale dei bisogni e concretizzarsi mediante un'offerta integrata di servizi, caratterizzati per fase e intensità di cura ed assistenza, in modo unitario ed omogeneo su tutto il territorio regionale. Tutto questo richiede necessariamente che venga adottata la multidimensionalità della valutazione dei bisogni, l'impostazione multiprofessionale dei processi, oltre alla coerenza e continuità del percorso di cura e di assistenza, al fine di sostenere la persona e la sua famiglia nei diversi passaggi.

Il processo di valutazione multidimensionale del bisogno si inserisce in un più complesso processo che ha come obiettivo prioritario quello di facilitare l'accesso del cittadino alle diverse unità d'offerta, anche attraverso l'informazione, l'orientamento e l'accompagnamento della persona in condizioni di bisogno, e di garantire risposte appropriate ai bisogni espressi.

Il modello proposto in questo documento si basa su strumenti diagnostici scientificamente validati e corredati da indagini cliniche.

Nell'attuazione del nuovo modello di valutazione del bisogno per le dipendenze si prevede di individuare sul territorio un ruolo di regia dei diversi interventi da parte del Dipartimento delle Dipendenze delle ASL.

2. IL PROCESSO DI VALUTAZIONE E GLI STRUMENTI PER LA CLASSIFICAZIONE DEI BISOGNI

Il percorso di valutazione dei bisogni di seguito proposto prevede di avvalersi degli strumenti medico-clinici, psicodiagnostici, di valutazione sociale e autovalutazione dello stato di salute generale di seguito individuati:

2.1 Colloquio e visita medica

Si tratta di una valutazione effettuata dal medico per identificare le condizioni cliniche dell'utente, per definire una diagnosi tossicologica e valutare la presenza di patologie correlate che possano influenzare il percorso terapeutico.

- **Indagini tossicologiche su campioni biologici**

Il fenomeno dell'utilizzo di sostanze, sia legali che illegali, è in costante evoluzione. Attualmente le situazioni di policonsumo, poliabuso e di polidipendenza sono prevalenti. La diagnosi o la mancata diagnosi di uso/abuso/dipendenza hanno una rilevanza medico-legale estremamente significativa nella storia della persona; è pertanto opportuno che la valutazione tossicologica venga condotta con una "miscela" di analisi che permettano una finestra di osservazione ampia e, soprattutto nei soggetti nuovi che hanno un'"obiettività muta", con conferma cromatografica.

Su questi soggetti verrà effettuata l'indagine tossicologica su un campione di urina e/o su matrice cheratinica. Per quanto riguarda la matrice cheratinica il capello è indubbiamente migliore per la possibilità di datare l'eventuale positività; in assenza di capelli è possibile effettuare l'indagine sul pelo pubico o ascellare (ad eccezione dell'etilglucoronide per la quale esiste una controindicazione al prelievo del pelo pubico).

Le sostanze che possono essere richieste sono in genere le seguenti:

- matrice cheratinica: Oppiacei, Metadone, Buprenorfina, Cocaina, Amfetamine, MDMA, THC, ETG, BDZ;
- matrice urinaria: Oppiacei, Metadone, Buprenorfina, Cocaina, Amfetamine, MDMA, THC, Ketamina, BDZ ed ETG.

Per gli utenti non conosciuti dal sistema per le dipendenze regionale:

- ricerca di oppiacei va sempre accompagnata alla ricerca di metadone e buprenorfina;
- ricerca di ETG è consigliata in quanto il consumo di alcol va sempre indagato nella popolazione con uso di sostanze psicoattive illegali.

Se l'anamnesi risulta completamente negativa al consumo di determinate sostanze, queste possono essere escluse dalla ricerca.

- **Esami ematochimici**

L'esecuzione del prelievo di sangue ha lo scopo di valutare le condizioni generali di salute del soggetto e gli indicatori relativi al consumo eccessivo di alcol; permette inoltre di effettuare uno screening delle principali patologie infettive che si correlano ai comportamenti a rischio, sia di tipo iniettivo che di trasmissione sessuale, che con una maggior frequenza colpiscono la popolazione che fa uso di sostanze psicoattive.

Al primo ingresso si consiglia di effettuare gli esami riportati in Tabella:

Emocromo completo	Glicemia	Azotemia
Creatininemia	Acido urico	Colesterolo totale
Trigliceridi	Bilirubina totale e frazionata	ALT
AST	γGT	ELF
Elettroliti	Esame urine completo	HIV Ab
HBsAg	HBsAb titolato	HCV Ab
TPHA	VDRL	Test TBC
CDT	VES	

Gli esami ematochimici consigliati al primo ingresso.

- **ICD 9/10 Classificazione Internazionale delle Malattie**

La Classificazione internazionale delle malattie (ICD) è un sistema di classificazione nel quale le malattie e i traumatismi sono ordinati per finalità statistiche in gruppi tra loro correlati. I caratteri fondamentali della ICD sono i seguenti:

- l'esaustività: tutte le entità trovano una loro collocazione, più o meno specifica, entro i raggruppamenti finali della classificazione;
- la mutua esclusività: ciascuna entità è classificabile soltanto in uno dei raggruppamenti finali della classificazione;
- il numero limitato di raggruppamenti: circa quindicimila codici consentono la classificazione delle diagnosi, dei problemi di salute e delle principali procedure diagnostiche e terapeutiche;
- la specificità dei raggruppamenti in ragione della rilevanza delle entità nosologiche dal punto di vista della sanità pubblica.

- **DSM**

Per formulare una diagnosi con criteri univoci, confrontabili in tempi successivi, e per valutare eventuali comorbilità di ambito psichiatrico, il “Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali” (DSM) consente di poter utilizzare un linguaggio comune e dei criteri standard di classificazione dei disturbi mentali, tra cui le dipendenze.

Si ritiene opportuno utilizzare i criteri del DSM come uno strumento utile al clinico per seguire il procedimento diagnostico e per mettere in discussione i comportamenti di consumo del paziente stesso. Si riportano di seguito le batterie di criteri per l'individuazione dello stato di dipendenza o abuso di sostanze secondo i criteri del Manuale.

DSM Tabella A: individuazione dello stato di dipendenza

1	tolleranza, come definita da ciascuno dei seguenti: a) il bisogno di dosi notevolmente più elevate della sostanza per raggiungere l'intossicazione o l'effetto desiderato b) un effetto notevolmente diminuito con l'uso continuativo della stessa quantità della sostanza
2	astinenza, come manifestata da ciascuno dei seguenti: a) la caratteristica sindrome di astinenza per la sostanza (riferirsi ai Criteri A e B dei set di criteri per Astinenza dalle sostanze specifiche) b) la stessa sostanza (o una strettamente correlata) è assunta per attenuare o evitare i sintomi di astinenza
3	la sostanza è spesso assunta in quantità maggiori o per periodi più prolungati rispetto a quanto previsto dal soggetto
4	desiderio persistente o tentativi infruttuosi di ridurre o controllare l'uso della sostanza
5	una grande quantità di tempo viene spesa in attività necessarie a procurarsi la sostanza (per es., recandosi in visita da più medici o guidando per lunghe distanze), ad assumerla (per es., fumando "in catena"), o a riprendersi dai suoi effetti
6	interruzione o riduzione di importanti attività sociali, lavorative o ricreative a causa dell'uso della sostanza
7	uso continuativo della sostanza nonostante la consapevolezza di avere un problema persistente o ricorrente, di natura fisica o psicologica, verosimilmente causato o esacerbato dalla sostanza (per es., il soggetto continua ad usare cocaina malgrado il riconoscimento di una depressione indotta da cocaina, oppure continua a bere malgrado il riconoscimento del peggioramento di un'ulcera a causa dell'assunzione di alcool)

B	Presenza di almeno tre criteri che ricorrono in un qualunque momento dello stesso periodo di 12 mesi
----------	--

I criteri DSM per l'individuazione dello stato di dipendenza.

DSM Tabella B: individuazione dello stato di abuso

1	uso ricorrente della sostanza che determina l'incapacità di adempiere ai principali compiti connessi con il ruolo sul lavoro, a scuola o a casa (ripetute assenze o scarse prestazioni lavorative correlate all'uso di sostanze; assenze, sospensioni o espulsioni da scuola correlate alla sostanza, trascuratezza nella cura dei bambini o della casa)
2	ricorrente uso della sostanza in situazioni fisicamente rischiose (es. guidando un'automobile, facendo funzionare dei macchinari in uno stato di menomazione correlata alle sostanze)
3	ricorrenti problemi legali correlati alle sostanze
4	uso continuativo della sostanza nonostante persistenti o ricorrenti problemi sociali o interpersonali causati o esacerbati dagli effetti della sostanza
<input type="checkbox"/>	Almeno 1 criterio nell'arco temporale di 12 mesi
<input type="checkbox"/>	I sintomi non hanno mai soddisfatto i criteri per dipendenza da sostanze di questa classe

I criteri DSM per l'individuazione dello stato di abuso.

2.2 Colloquio sociale o socioeducativo ed A.S.I.

Si tratta di un colloquio volto ad indagare le aree sociali problematiche, in particolare quelle familiari, legali o lavorative. In base all'organizzazione del servizio, all'interno del colloquio può essere effettuata la somministrazione dell'ASI.

- **EuropASI - Addiction Severity Index**

L'A.S.I. è un'intervista semi-strutturata che permette una raccolta di informazioni che possono essere verificate nel tempo; ha come obiettivo quello di ottenere un profilo della gravità dei problemi di ciascun paziente, attraverso l'analisi di alcune aree, per potere meglio formulare il quadro diagnostico iniziale. L'A.S.I. può essere somministrato da operatori con caratteristiche professionali e formative più diverse, ma è indispensabile la presenza di:

- un adeguato addestramento;
- buone capacità relazionali.

Oltre alle informazioni generali, l'A.S.I. indaga 7 aree specifiche:

1. Situazione medica
2. Lavoro/sostentamento
3. Uso di alcol
4. Uso di sostanze psicotrope
5. Situazione legale
6. Storia familiare
7. Relazioni familiari/sociali
8. Situazione psichica.

L’A.S.I. si fonda sulla valutazione della Gravità, intendendo con tale termine la “necessità di ulteriore trattamento”. Questa definizione offre una valutazione di gravità potenzialmente diversa rispetto ad altri punti di vista. Per fare un esempio, consideriamo la situazione di un paziente con grave deficit visivo, ma provvisto di occhiali che gli consentono di vedere perfettamente. Questo paziente potrebbe essere considerato portatore di un problema molto grave se la gravità fosse definita come “deviazione dalla funzione ottimale”. La valutazione dell’A.S.I., in questa situazione, evidenzerebbe invece un livello di gravità molto bassa, poiché il soggetto non richiederebbe nessun ulteriore trattamento. Questa definizione di gravità è stata adottata perché è direttamente collegata alla funzione principale dei servizi di cura, che è costituita dall’erogazione di trattamenti.

La valutazione per ciascuna area esita con le seguenti codifiche:

- 0 - 1 nessun problema reale: trattamento non indicato;
- 2 – 3 problema lieve: trattamento probabilmente non necessario;
- – 5 problema moderato: indicato qualche trattamento;
- 6 – 7 problema considerevole: trattamento necessario;
- 8 – 9 problema grave: trattamento assolutamente necessario.

2.3 Colloquio psicologico e strumenti psicodiagnostici

Si tratta di una prima valutazione effettuata dallo psicologo volta a raccogliere l’anamnesi psicologica, gli eventuali nessi tra questa e l’abuso di sostanze e una prima ipotesi sul funzionamento psicologico e delle aree psicopatologiche dell’utente.

Fondamentale, ai fini di una valutazione della gravosità assistenziale del paziente è l’utilizzo della valutazione globale del funzionamento **VGF (ASSE V DSM)** che consente di associare alla condizione di uso/abuso/dipendenza una valutazione del grado di funzionamento psicologico e relazionale

Il **questionario SCL-90** completa la valutazione psicologica.

VGF (DSM Asse V)

CODICE	DEFINIZIONE
91-100	funzionamento superiore alla norma in un ampio spettro di attività, i problemi della vita non sembrano mai sfuggire di mano, è ricercato dagli altri per le sue numerose qualità positive. Nessun sintomo
81-90	sintomi assenti o minimi (es. ansia lieve prima di un esame), buon funzionamento in tutte le aree, interessato e coinvolto in un ampio spettro di attività, socialmente efficiente, in genere soddisfatto della vita, nessun problema o preoccupazione oltre a quelli della vita quotidiana (es. discussioni occasionali con i membri della famiglia)
71-80	se sono presenti sintomi, essi rappresentano reazioni transitorie e attendibili a stimoli psicosociali stressanti (es. difficoltà a concentrarsi dopo una discussione familiare); lievissima alterazione del funzionamento sociale, occupazionale o scolastico (es. rimanere temporaneamente indietro nello studio)
61-70	alcuni sintomi lievi (umore depresso e insonnia lieve). Oppure alcune difficoltà nel funzionamento sociale, lavorativo o scolastico (es. alcune assenze ingiustificate da scuola, o furti in casa) ma in genere funziona abbastanza bene, e ha relazioni interpersonali significative
51-60	sintomi moderati (es. affettività appiattita e linguaggio circostanziato, occasionali attacchi di panico). Oppure moderate difficoltà di funzionamento sociale, lavorativo e scolastico (es. pochi amici, conflitti con i compagni di lavoro)
41-50	sintomi gravi (es. idee di suicidio, rituali ossessivi gravi, frequenti furti nei negozi). Oppure qualsiasi alterazione nel funzionamento sociale e lavorativo o scolastico (es. nessun amico,

	incapacità di conservare un lavoro)
31-40	alterazioni nel test di realtà o nella comunicazione (es. l'eloquio è talvolta illogico, oscuro o non pertinente). Oppure menomazione grave in alcune aree, quali il lavoro o la scuola, le relazioni familiari, la capacità di giudizio, il pensiero o l'umore (es. il depresso evita gli amici, trascura la famiglia ed è incapace di lavorare; il bambino picchia frequentemente i bambini più piccoli, è provocatorio in casa e non rende a scuola)
21-30	il comportamento è considerevolmente influenzato da deliri o allucinazioni. Oppure grave alterazione della comunicazione o della capacità di giudizio (es. talvolta incoerente, agisce in modo grossolanamente inappropriato, idee di suicidio). Oppure incapacità di funzionare in quasi tutte le aree (resta a letto tutto il giorno; non ha lavoro, non ha casa o amici)
11-20	qualche pericolo di fare del male a sé o ad altri (es. tentativi di suicidio senza una chiara prospettiva di morire, frequentemente violento, eccitamento maniaco) Oppure occasionalmente non riesce a mantenere l'igiene personale minima (es. si sporca con le feci) Oppure grossolana alterazione della comunicazione (es. decisamente mutacico o incoerente)
1-10	persistente pericolo di fare del male in modo grave a sé stesso o ad altri (es. violenza ricorrente) Oppure persistente incapacità di mantenere l'igiene personale minima. Oppure grave gesto suicida con chiara aspettativa di morire.
0	informazioni inadeguate

Valutazione VGF (DSM Asse V)

- **SCL 90-R: Self Report Symptom Inventory – Revised**

È una scala per l'autovalutazione della sintomatologia psichiatrica in generale. È composta da 90 item che riflettono le 9 dimensioni che sottendono la maggior parte dei sintomi che si osservano nei pazienti psichiatrici ambulatoriali, cioè non gravemente psicotici.

Si tratta di una scala di autovalutazione. Ciascun item è valutato su di una scala da 0 a 4. Quando vengono fornite al paziente le istruzioni per la compilazione della scala, è necessario spiegare il significato dei diversi punteggi (e degli avverbi corrispondenti). Il range di punteggio può oscillare fra 0 e 360. Gli item vanno a costituire 9 dimensioni e 3 indici.

Le dimensioni considerate sono le seguenti:
I - Somatizzazione: esprime la sofferenza derivante dalla percezione di disfunzioni somatiche
II - Ossessività-Compulsività: riflette il comportamento che caratterizza il disturbo clinico che ha lo stesso nome
III - Sensitività: ha come oggetto i sentimenti di inadeguatezza personale e di inferiorità, soprattutto nel confronto con gli altri
IV - Depressione: esprime un ampio spettro di disturbi che caratterizzano il disturbo depressivo
V - Ansia: riflette un insieme di sintomi e di esperienze che generalmente sono associati ad un discreto livello di ansia manifesta
VI - Collera-Ostilità: il comportamento ostile/aggressivo ha una notevole importanza in funzione delle decisioni del clinico (diagnostiche, terapeutiche, pratiche...); questo fattore prende in considerazione l'ostilità verbale, i pensieri ed i comportamenti ostili
VII - Ansia fobica: prende in considerazione i sintomi che si osservano negli stati di ansia fobica e nell'agorafobia
VIII - Ideazione paranoide: fa riferimento al concetto che il comportamento paranoide è espressione di un modo di pensare
IX - Psicoticismo: rappresenta il comportamento psicotico attraverso degli indicatori indiretti, non chiaramente definiti
I 3 indici sono:
<ul style="list-style-type: none"> ▪ GSI - General Symptomatic Index, che corrisponde al rapporto fra la sommatoria di tutti gli item ed il numero degli item comunque valutati ($\sum \text{item} / n^{\circ} \text{ item}$); fornisce il più sensibile indicatore

numerico dello stato psicologico del testato, combinando l'informazione riguardante il numero dei sintomi e l'intensità della sofferenza

- PST - Positive Symptom Total, che corrisponde al numero degli item segnati positivamente, cioè da 1 a 4; rivela il numero di sintomi sottoscritti per ogni grado e contribuisce all'interpretazione del modello globale di sofferenza e comunica la vastità sintomatica dello stress psicologico dell'individuo
- PSDI - Positive Symptom Distress Index, che corrisponde al rapporto tra la somma di tutti gli item ed il PST ($\sum \text{item}/\text{PST}$). rappresenta una chiara misura dell'intensità, in un senso "corretto" per numero dei sintomi; ciò anche indica lo "stile" del paziente di esperienze stressanti

Le dimensioni e gli indici della valutazione SCL 90-R.

3. IL PROCESSO DI VALUTAZIONE

La valutazione multidisciplinare è finalizzata al raggiungimento di una diagnosi multidimensionale che permetta di certificare:

- l'assenza di uso di sostanze;
- la presenza di una condizione di uso, abuso, dipendenza per la successiva definizione di un Piano Terapeutico-Assistenziale;
- il rinvio a successivi approfondimenti diagnostici in funzione della successiva definizione del Piano Terapeutico-Assistenziale.

È necessario distinguere tra due tipologie di valutazione, entrambe con riconoscimento medico-legale:

1. **La valutazione "completa"** è fondamentale per programmare un Piano Terapeutico-Assistenziale per gli utenti che si rivolgono per la prima volta ad un qualsiasi servizio per le dipendenze regionale (*utente nuovo al sistema regionale*). Per questa tipologia di utenti è necessario avere un quadro completo e approfondito della situazione psicologica e clinica in modo da poter pianificare un percorso adatto al bisogno specifico.
2. **La valutazione "leggera"** è destinata agli *utenti già noti al sistema dei servizi per le dipendenze lombardo* che si presentano ad un servizio per avviare un nuovo percorso di cura o riprenderne uno interrotto. Per questi utenti è previsto un processo di valutazione meno approfondito relativamente alle indagini tossicologiche e agli esami ematochimici in quanto il servizio valutante ha già a disposizione una serie di informazioni utili, riferite alla situazione passata della persona.

Nel caso di un utente noto al sistema per le dipendenze regionale, per il quale è stata fatta una valutazione leggera a cui però non è seguita una presa in carico da parte di un servizio, passato un anno dalla data di rilascio del certificato sarà necessario procedere nuovamente all'accertamento del bisogno attraverso una valutazione completa.

3.1 Le fasi della valutazione completa

La valutazione "completa", finalizzata a delineare un percorso terapeutico per l'utente non noto al sistema dei servizi delle dipendenze regionale, viene svolta attraverso le seguenti fasi:

- **Accettazione:** è il momento in cui l'utente si rivolge al servizio per le dipendenze regionale per la prima volta. In questa fase, gli operatori addetti del servizio procedono alla registrazione anagrafica dell'utente e alla valutazione della pertinenza della domanda rispetto agli scopi e alle attività offerte dal servizio ambulatoriale;
- **Colloquio con lo psicologo:** è finalizzato alla raccolta dell'anamnesi psicologica e alla formulazione di un quadro generale del funzionamento psicologico e relazionale dell'utente. Durante questo colloquio lo psicologo raccoglie le informazioni utili per valutare la persona con gli strumenti psicodiagnostici;

- **Colloquio con l'assistente sociale:** vengono raccolte le informazioni sulla situazione sociale dell'utente e, in particolare, sulla situazione socio-educativa della persona nel suo contesto familiare, lavorativo, di rete relazionale, sociale, nonché della situazione giuridica;
- **Colloquio con il medico:** consta di visita medica, raccolta anamnestica, valutazione della documentazione clinica pregressa (accertamenti strumentali e di laboratorio) al fine di stabilire le condizioni di salute complessive dell'utente e individuare eventuali patologie che possono influenzare il futuro percorso terapeutico. Il medico procede poi, mediante l'utilizzo del DSM, alla valutazione delle condizioni dell'utente relativamente al consumo, abuso, dipendenza da sostanze stupefacenti o alcol;
- **Valutazione ASI:** è fondamentale per delineare la condizione sociale dell'utente relativamente a diverse aree di riferimento; viene svolta principalmente dall'assistente sociale;
- **Valutazione SCL 90:** è un ulteriore strumento di autovalutazione per determinare le condizioni dell'utente relativamente alle sue condizioni psicologiche;
- **Indagini tossicologiche:** individuano l'utilizzo di sostanze stupefacenti. Possono essere effettuate su un campione di urine o sul capello, oppure in entrambe le modalità. Il test può essere svolto per individuare una o più sostanze;
- **Indagini ematochimiche:** permettono di avere un ulteriore quadro diagnostico della condizione di salute dell'utente e, in particolare, di determinarne la condizione di abuso di alcol;

Come esito della valutazione il servizio rilascia un certificato che identifica il Livello di gravità dell'utente, il suo Profilo assistenziale e le risorse economiche ad esso correlate. Tale certificato rilasciato dal servizio è valido 180 giorni dalla data di rilascio e consente all'utente di recarsi in uno dei servizi ambulatoriali per le dipendenze (Ser.T. o SMI) di Regione Lombardia, per avviare un Piano Terapeutico-Assistenziale, definito dal contratto terapeutico di presa in carico.

3.2 Le fasi della valutazione leggera

La valutazione "leggera" viene svolta attraverso le seguenti fasi:

- **Colloquio con lo psicologo,** per avere una prima anamnesi psicologica e un quadro generale del funzionamento psicologico e relazionale dell'utente. In questo primo colloquio lo psicologo raccoglie le informazioni utili per valutare la persona con gli strumenti psicodiagnostici;
- **Colloquio con l'assistente sociale,** in cui vengono raccolte le informazioni sulla situazione sociale dell'utente;
- **Colloquio con il medico** che effettua una visita medica per esaminare le condizioni mediche complessive dell'utente ed individuare eventuali patologie che possono influenzare il futuro percorso terapeutico. Il medico procede poi, mediante l'utilizzo del DSM, alla valutazione delle condizioni dell'utente relativamente al consumo, abuso, dipendenza da sostanze stupefacenti o alcol;
- **Valutazione ASI,** fondamentale per delineare la condizione sociale dell'utente relativamente a diverse aree di riferimento; viene svolta principalmente dall'assistente sociale;
- **Valutazione SCL 90,** è un ulteriore strumento di autovalutazione per determinare le condizioni dell'utente relativamente alle sue condizioni psicologiche;
- **Le indagini tossicologiche,** che individuano l'utilizzo di sostanze stupefacenti. Possono essere effettuate su un campione di urine o sul capello, oppure in entrambe le modalità. Il test può essere svolto per individuare una o più sostanze;
- **Le indagini ematochimiche,** per avere un ulteriore quadro diagnostico della condizione di salute dell'utente e, in particolare, a determinare la condizione di abuso di alcol da parte dell'utente.

Anche in questo caso viene rilasciato un certificato che identifica il Livello di gravità dell'utente, il suo Profilo assistenziale e le risorse economiche ad esso correlate. Analogamente alla valutazione completa, tale certificato rilasciato dal servizio è valido 180 giorni dalla data di rilascio e consente all'utente di recarsi in uno

dei servizi ambulatoriali per le dipendenze (Ser.T. o SMI) di Regione Lombardia, per avviare un Piano Terapeutico-Assistenziale, definito dal contratto terapeutico di presa in carico.

3.3 I tempi della valutazione

Sono declinati dalla DGR 12621/2003:

Valutazione medica immediata alle tossicodipendenti in stato di gravidanza. Primo appuntamento per iniziare la valutazione entro 7 giorni dal primo contatto. Completamento della valutazione multidisciplinare entro 15 giorni dal primo appuntamento o entro 10 giorni se trattasi di minore. Al paziente viene dato un primo appuntamento con il professionista di cui chiede. E' comunque indispensabile che al paziente venga offerta la possibilità di una valutazione multidimensionale.

Si riporta di seguito una sintesi dei professionisti, degli strumenti e degli obiettivi del processo di valutazione

Figura professionale	Strumenti	Obiettivi
Medico	Visita medica DSM	Raccolta anamnestica ed esame clinico con particolare attenzione alla storia tossicologica, ai sintomi e ai segni correlati all'uso di stupefacenti e/o alcol, acquisizione di documentazione clinica relativa a ricoveri accessi in P.S. SPDC, ecc. diagnosi
Infermiere professionale, Assistente sanitaria, Medico	Indagini tossicologiche su campione di urina	Individuazione oggettiva dei consumi puntuali di stupefacenti
Infermiere professionale, Assistente sanitaria, Medico	Indagini tossicologiche su matrice cheratinica	Individuazione oggettiva dei consumi di stupefacenti e alcol in un arco temporale (mesi, anno), se ritenuta necessaria
Infermiere professionale, Assistente sanitaria, Medico	Esami ematochimici	Completamento diagnostico, con particolare attenzione ai parametri significativi per i consumi alcolici e alla diffusione di malattie infettive correlate ai comportamenti di addiction
Assistente sociale Educatore	Colloquio Contatti	Anamnesi sociale Raccolta dei bisogni e delle risorse sociali del paziente e della sua eventuale condizione giudiziaria (penale, amministrativa ecc...) raccolta informazioni Raccolta di ulteriori informazioni medico-sanitarie, psico-sociali, penali e/o relative a trattamenti precedenti o concomitanti per un inquadramento più complessivo del paziente
Psicologo	Colloquio SCL 90	Anamnesi psicologica analisi della domanda-consapevolezza prima ipotesi diagnostica psicopatologica
Tutte le figure professionali	Somministrazione A.S.I.	Valutazione della qualità della vita del paziente relativamente a diversi aspetti Valutazione della possibile presenza di comorbidità psichiatriche al fine di attivare eventuali percorsi di approfondimento

Figura professionale	Strumenti	Obiettivi
Tutte le figure professionali	Discussione in équipe	Condivisione delle valutazioni effettuate, delle diagnosi poste, dell'eventuale trattamento già iniziato Definizione del contratto terapeutico da presentare e sottoscrivere con il paziente

Tabella Prospetto riassuntivo dei professionisti, degli strumenti e degli obiettivi del processo di valutazione

Nel caso in cui emergano delle aree critiche che necessitano di ulteriori indagini (ad esempio, se l'osservazione clinica ha posto il sospetto della presenza di un disturbo di personalità), a Piano Terapeutico-Assistenziale avviato sarà effettuato un approfondimento specifico con ulteriori strumenti diagnostici.

4. L'IDENTIFICAZIONE DEL LIVELLO DI GRAVITÀ

La valutazione del bisogno si concretizza con l'assegnazione di un Livello di Gravità, sintesi degli elementi di valutazione medico-sanitari, psicologici e sociali.

L'esito finale del Livello di Gravità è dato dalle diverse tipologie di valutazione utilizzate che, sulla base degli esiti della valutazione DSM IV e delle specifiche aree valutate (area medica, area psicologica, area sociale), concorrono a formare le due componenti chiave dei Livelli di gravità:

1. La componente sanitaria che è data dall'esito della valutazione DSM IV e classifica l'utente come:
 - a. non utilizzatore di sostanze (punteggio 0);
 - b. utilizzatore (punteggio 1);
 - c. abusatore (punteggio 2);
 - d. dipendente, con 3 diversi gradi di dipendenza: dipendenza lieve (punteggio 3), dipendenza moderata (punteggio 4), dipendenza grave (punteggio 5).
2. La componente medica, sociale e psicologica che è data dall'esito della valutazione A.S.I. (Medico, Psichiatrico, Sociale/Familiare, Lavoro, Legale, Globale) della valutazione VGF-Asse V DSM, della valutazione SCL 90-R e dall'esito della visita medica. In particolare, di queste valutazioni vengono considerati gli elementi medico-sanitari, sociali e psicologici che le compongono. Si identificano così tre diverse Aree, ciascuna costituita da elementi di valutazione diversi che concorrono percentualmente in misura ponderata alla definizione di un esito di valutazione complessivo per ciascuna Area:
 - **l'Area Medica**, composta per il 40% dall'esito dell'A.S.I. Medico e per il 60% dall'esito della visita medica;
 - **l'Area Psicologica**, composta per il 40% dall'esito della valutazione VGF-DSM Asse V, per il 20% dall'esito dell'A.S.I. Psichiatrico, per il 20% dall'esito dell'A.S.I. Familiare, per il 20% dall'esito della valutazione SCL 90-R;
 - **l'Area Sociale**, composta per il 20% dall'esito dell'ASI Lavoro, per il 20% dall'esito dell'A.S.I. Legale, per il 20% dall'esito dell'A.S.I. Familiare e per il 40% dall'esito della valutazione A.S.I. Globale.

L'esito di valutazione di ogni singola Area è classificabile in 4 diversi livelli, a ognuno dei quali viene assegnato un punteggio numerico anche detto "Fattore di moltiplicazione": **Nessun Problema** (punteggio 1); **Problema Lieve** (punteggio 1,1); **Problema Moderato** (punteggio 1,2); **Problema Grave** (punteggio 1,3).

AREA	Elementi di valutazione	Nessun Problema	Problema lieve	Problema moderato	Problema grave
Area Medica	ASI Medico	40%	40%	40%	40%
	Valutazione medica complessiva dell'operatore	60%	60%	60%	60%
	Fattore di moltiplicazione	1	1,1	1,2	1,3

Area Psicologica	ASI Psichiatrico	20%	20%	20%	20%
	VGF	40%	40%	40%	40%
	SCL 90 - R	20%	20%	20%	20%
	ASI Sociale (Familiare)	20%	20%	20%	20%
	Fattore di moltiplicazione	1	1,1	1,2	1,3
Area Sociale	ASI Lavoro	20%	20%	20%	20%
	ASI Legale	20%	20%	20%	20%
	ASI Sociale (Familiare)	20%	20%	20%	20%
	ASI Globale	40%	40%	40%	40%
	Fattore di moltiplicazione	1	1,1	1,2	1,3

Errore. Non è stata specificata alcuna sequenza. *Determinazione dei punteggi delle Aree Medica, Sociale e Psicologica*

Per giungere al Livello di Gravità complessivo dell'utente è necessario mettere insieme le due componenti, quella sanitaria e quella medica-sociale-psicologica. È possibile arrivare ad una sintesi complessiva delle due componenti attraverso una moltiplicazione tra il punteggio assegnato dalla valutazione DSM IV, il punteggio assegnato come esito dell'Area Medica, il punteggio assegnato come esito dell'Area Psicologica ed il punteggio assegnato come esito dell'Area Sociale.

Il prodotto finale (G – punteggio di gravità complessivo) viene ricondotto a cinque differenti intervalli che definiscono i Livelli di Gravità. Tali livelli esprimono una gravità crescente dal valore "0" al valore "4".

Livelli di Gravità	Intervallo
Livello 0	$G < 1$
Livello 1	$1 \leq G < 2$
Livello 2	$2 \leq G < 3,96$
Livello 3	$3,96 \leq G < 6$
Livello 4	$G \geq 6$

I livelli di gravità

A titolo esemplificativo, si consideri un utente valutato con un punteggio DSM IV pari a 4 (dipendenza moderata), Area Medica con un punteggio 1 (Nessun Problema), Area Psicologica con un punteggio 1,1 (Problema Lieve), Area Sociale con un punteggio 1,1 (Problema Lieve). In questo caso il punteggio complessivo di gravità (G) è pari a: $4 * 1 * 1,1 * 1,1 = 4,84$. Tale punteggio rientra nell'intervallo del Livello 3 ($3,96 \leq G < 6$). Pertanto, all'utente è associabile un Livello di Gravità pari a 3.

Di seguito viene riportata una descrizione sintetica dei Livelli di Gravità.

Il **Livello 0** classifica solo i casi con punteggio di gravità complessiva **inferiore a 1 (1 escluso)**. Tra questi sono compresi i casi con DSM 0 (NON USO) e con le singole Aree che possono presentare o meno problemi (il valore finale della moltiplicazione tra esito DSM IV e punteggio delle tre Aree sarebbe comunque 0).

Il **Livello 1** classifica i casi con punteggio di gravità complessiva compreso **tra 1 (1 incluso) e 2 (2 escluso)**. In questa classe sono catalogati i casi con DSM 1 (USO) che possono presentare o meno delle problematiche nelle 3 singole Aree relative ai fattori di moltiplicazione.

Il **Livello 2** classifica i casi con punteggio di gravità complessiva compreso tra **2 (2 incluso) e 3,96 (3,96 escluso)**. Questo livello identifica generalmente casi con DSM 2 (ABUSO) e con le singole Aree che possono presentare nessuna, lievi o gravi problematiche. Tuttavia possono essere classificati in questo livello anche rari casi con le seguenti caratteristiche:

- Casi "**limite**" con DSM 1 (USO) e con le 3 Aree gravemente compromesse;
- Casi "**limite**" con DSM 3 (DIPENDENZA LIEVE) ma che non presentano problemi o presentano problemi lievi nelle 3 Aree relative ai fattori di moltiplicazione.

Il **Livello 3** identifica i casi con punteggio di gravità complessiva compreso tra **3,96 (3,96 incluso) e 6 (6 escluso)**. In questo range rientrano per lo più casi con DSM 3 (DIPENDENZA LIEVE) e con medi o rilevanti problemi in una o in più delle singole Aree e casi con DSM 4 (DIPENDENZA MODERATA) con moderati o lievi problemi nelle 3 Aree. Possono comunque presentarsi, anche in questo livello, rari casi con le seguenti caratteristiche:

- Casi **“limite”** con DSM 2 (ABUSO) ma con gravi problemi in tutte le singole Aree;
- Casi **“limite”** con DSM 5 (DIPENDENZA GRAVE) ma con nessun problema in tutte le 3 Aree.

Il **Livello 4** classifica i casi più gravi con un punteggio di gravità complessiva **superiore o uguale a 6**. Rientrano dunque in questa classe i casi con DSM 4 (DIPENDENZA MODERATA) o con DSM 5 (DIPENDENZA GRAVE) e con problemi rilevanti nelle 3 Aree. Possono rientrare nel Livello 4 anche rari casi con le seguenti caratteristiche:

- Casi **“limite”** con DSM 3 e con le tre Aree gravemente compromesse.