



Regione Lombardia

Giunta Regionale
Direzione Generale Sanità
Direttore Generale

Piazza Città di
Lombardia
20122 Milano

Tel 02 6765 3401
fax 02 6765 3259

e.mail:
carlo_lucchina@regione.lombardia.it

Data: 20/12/2011
Protocollo: H1.2011.0037249

Ai Direttori Generali

- Aziende Sanitarie Locali
- Aziende Ospedaliere
- Fondazioni IRCCS

Ai Direttori Amministrativi

- Aziende Sanitarie Locali
- Aziende Ospedaliere
- Fondazioni IRCCS

Ai Direttori Sanitari

- Aziende Sanitarie Locali
- Aziende Ospedaliere
- Fondazioni IRCCS

Al Direttore Generale AREU

p.c. Dott. Roberto Albonetti
Direttore Generale
Famiglia, Conciliazione,
Integrazione e Solidarietà
Sociale
Regione Lombardia

Oggetto: indicazioni relative all'applicazione della d.g.r. 6.12.2011 n. IX/2633 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2012" (parte sanità).

Premessa

La Giunta regionale, con provvedimento n. 2633 del 6 dicembre 2011 ha assunto le determinazioni in ordine alla gestione del servizio sanitario regionale per l'esercizio 2012, c.d. "regole di sistema".

L'applicazione integrale delle regole di sistema rappresenta obiettivo dei direttori generali delle ASL, delle AO, delle Fondazioni IRCCS e dell'Areu per l'anno 2012.

Si forniscono di seguito indicazioni operative per l'attuazione di dette regole precisando che, per quanto non ulteriormente specificato, si rimanda al singolo allegato della citata deliberazione.

Allegato 1 - Indirizzi di programmazione

Il Documento di Programmazione e Coordinamento dei Servizi Sanitari e Socio Sanitari per l'anno 2012 descrive a livello territoriale le linee di programmazione prioritarie di sviluppo del Sistema Sanitario e Socio Sanitario.

Il Documento rileva bisogni e domande e li traduce in obiettivi specifici per aree di priorità indicando opportunamente i seguenti ambiti di intervento:

- interventi tesi a migliorare, per il cittadino, l'accesso ai servizi, l'appropriatezza/efficacia degli interventi e la continuità delle cure;
- interventi organizzativi e gestionali, capaci di integrare le attività delle Aziende stesse per ottenere una diffusione delle buone pratiche dei diversi processi tecnico professionali e amministrativi a livello di sistema.

Il Documento è presentato entro il 31 gennaio 2012 alla Conferenza dei Sindaci, adottato con atto aziendale e trasmesso entro il 1° febbraio 2012 alla D.G. Sanità e alla D.G. Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale.

Il Documento sarà esaustivo e accompagnato da una sintetica Tabella (allegato 1) che riporta:

- per il paziente/cittadino - con riferimento all'accesso ai servizi, l'appropriatezza/efficacia degli interventi e la continuità delle cure - gli interventi di miglioramento per i seguenti settori: prevenzione, emergenza, sub-acuzie, riabilitazione, cronicità.
- per l'Azienda - con riferimento a razionalizzazione dei processi, integrazione e servizi a rete, misurazione e controllo, qualità e innovazione - gli interventi di miglioramento per i seguenti settori: acquisti, personale, patrimonio, ricerca, comunicazione.

Per ogni intervento di miglioramento si chiede di riportare una breve descrizione del contesto, obiettivo, azioni, risorse, tempi di realizzazione, risultati attesi, indicatori di processo e di esito e valutazione dello scostamento tra il valore iniziale e il valore finale.

Si richiama l'attenzione sull'obbligo, a decorrere dal 1° marzo 2012, per tutti gli erogatori pubblici e privati sia di ricovero che di specialistica di esporre nei referti e/o lettere di dimissione o di comunicazioni varie al cittadino il costo della prestazione sanitaria con l'evidenziazione separata della quota a carico di Regione Lombardia e, se dovuto, del contributo a carico del cittadino.

Emergenza Urgenza

L'allegato 1 della DGR 2633/2011 prevede tra le azioni chieste all'aziende sanitarie di *"differenziare i percorsi di accesso accelerati delle prestazioni d'urgenza ospedaliera, con orari prolungati e diversificati in grado di incontrare da un lato le necessità delle famiglie e i bisogni dei cittadini e dall'altro l'appropriatezza delle cure e il miglior utilizzo del personale e degli spazi"*. Nello stesso allegato *"si attribuisce altresì una particolare attenzione alla razionalizzazione delle reti dell'emergenza urgenza ospedaliera...anche attraverso l'introduzione di modalità di accesso differenziate e di progettazione e realizzazione di percorsi di cura a livello locale"*.

Per entrambe le indicazioni fornite nella delibera delle regole, è indicato proporre l'applicazione di "nuove modalità di gestione delle attività assistenziali a basso contenuto di emergenza urgenza di RL".

Si chiede di proporre un nuovo modello organizzativo, per fasce di patologia /codice di accesso delle prestazioni diagnostico terapeutiche effettuate, che preveda il miglioramento dell'appropriatezza delle risorse.

- Rafforzamento del triage (attraverso la formazione del personale sanitario, così come previsto anche dal piano comunicazione e formazione del 2012)
- Formulazioni di indicazioni puntuali che evitino l'esposizione del personale a contestazioni da parte dell'utenza
- Percorso dedicato per le prestazioni a basso contenuto di complessità erogate da ambulatori dedicati
- Le prestazioni di questi ambulatori dedicati (sperimentazione da avviare nei primi mesi del 2012 su alcune A.O. e da estendere successivamente) sono svolte da specialisti ambulatoriali, con attività dalle 8 alle 20, devono essere forniti
 - Inquadramento generale
 - Possibilità di ricorrere al laboratorio ed alla radiologia di base ospedaliera just in time
 - Emissione di prescrizione e trattamento con rinvio alla medicina territoriale
- Quantificazione economica delle "prestazioni a pacchetto"

Quadro di sistema (Allegato 2)

Di seguito si forniscono ulteriori indicazioni operative con riferimento all'allegato n. 2 "Il quadro di sistema per l'anno 2012".

Si richiama l'attenzione di tutti i Direttori Generali sulle disposizioni contenute nell'Intesa del 23 marzo 2005, nel Patto per la Salute approvato con Intesa Stato Regioni del 3 dicembre 2009 e nella Legge di stabilità per il 2011 recentemente approvata.

Come già precisato nella deliberazione, il rispetto di tutti gli adempimenti previsti da queste normative coinvolge la Regione nel suo complesso e tutte le singole Aziende Sanitarie ed è collegato all'accesso alle risorse finanziarie disponibili per il Servizio sanitario regionale.

L'invio della Certificazione Trimestrale relativa al quarto trimestre 2011 dovrà pervenire entro il 10 gennaio 2012 e l'approvazione dei Bilanci Preventivi 2012 e documenti allegati dovrà avvenire da parte delle Aziende Sanitarie entro il 6 febbraio 2012.

A) Indicazioni generali per le Aziende sanitarie lombarde.

Funzioni

Le funzioni saranno assegnate con i provvedimenti regionali di assegnazione delle risorse per la redazione dei Bilanci preventivi 2012.

L'assegnazione formale definitiva di tali somme, sulla base dei calcoli che saranno effettuati a cura della DG Sanità, avverrà con provvedimento regionale, dopo la conclusione dell'esercizio.

Si ricorda che relativamente alle funzioni riferite all'attività emergenza urgenza 118 le aziende sanitarie interessate dovranno sottoscrivere specifica convenzione con Areu.

Schemi di Bilancio, Relazione e Rendiconto Finanziario

Con specifiche note entro il mese di gennaio saranno forniti indirizzi specifici e i nuovi modelli informativi per la presentazione dei Bilanci preventivi 2012. In particolare si ricorda che troveranno attuazione le disposizioni del DLgs n. 118/2011 con nuovi schemi di Bilancio, nuovo schema di Relazione, nuovo schema di Nota integrativa descrittiva e schema di Rendiconto finanziario da compilarsi anche a preventivo.

L'acquisizione dei Bilanci preventivi 2012 avverrà tramite la piattaforma SCRIBA.

Interessi, oneri finanziari e tempi di pagamento.

Si ricorda che gli eventuali interessi attivi derivanti dalla gestione finanziaria sono da considerare vincolati e utilizzabili solo previa autorizzazione della Direzione Generale Sanità.

Si ricorda inoltre alle sole ASL che le previsioni di oneri finanziari per l'uso delle anticipazioni di tesoreria non dovranno essere esposte a Bilancio preventivo in quanto vengono mantenute nella disponibilità di sistema e riconosciute solo a consuntivo in relazione all'effettivo utilizzo.

Le Aziende ospedaliere e IRCCS sono tenute a quantificare gli oneri finanziari, derivanti dall'accesso all'anticipazione di tesoreria, in misura idonea a garantire il contenimento dell'esposizione debitoria e al mantenimento dei tempi di pagamento dei fornitori in linea con quanto definito dalla Giunta Regionale.

Sui tempi di pagamento si conferma il contenuto della DGR n. 2633/2011.

Indicazioni per i Bilanci di previsione.

Relativamente agli indirizzi relativi ai ricavi e ai costi si rimanda ai singoli decreti di assegnazione che saranno adottati successivamente alla ricezione della certificazione del IV trimestre 2011.

Mobilità passiva

Come previsto le ASL saranno misurate anche in relazione al rispetto dei criteri di appropriatezza e al contenimento dei costi con riferimento all'andamento delle prestazioni sanitarie usufruite dai loro cittadini in altre regioni italiane (mobilità passiva extraregionale in compensazione e non in compensazione) nonché all'estero (mobilità internazionale). Si richiamano in proposito i criteri di pagamento in acconto definiti con la medesima deliberazione della Giunta Regionale e si rimarca la necessaria attenzione ai flussi informativi in essere.

B) Indicazioni per l'AREU

Ai sensi della normativa vigente il bilancio preventivo deve garantire l'equilibrio economico finanziario.

Ai fini della approvazione con i medesimi percorsi dei Bilanci preventivi delle Aziende Ospedaliere/Fondazioni Areu dovrà garantire alle AO/Fondazioni IRCCS la validazione di quanto indicato dalle Aziende stesse in materia di ricavi per funzioni di 118.

Gli acquisti delle Aziende Sanitarie: linee di indirizzo (Allegato 3)

Relativamente agli acquisti delle Aziende Sanitarie si rimanda al contenuto della DGR n. 2633 del 6 dicembre 2011 sottolineando alcune particolarità.

Si richiama l'attenzione dei Direttori Generali di ASL, AO, Fondazioni e Areu in relazione alla necessità di massimizzare le sinergie per il contenimento dei consumi e della spesa per farmaci ospedalieri al fine del rispetto dei tetti definiti dalla normativa nazionale, soprattutto attraverso procedure aggregate tenendo conto degli esiti delle gare gestite in materia dalla Centrale Acquisti Regionale. In tale processo la Direzione Sanitaria e i principali professionisti aziendali, in quanto fattori organizzativi determinanti del consumo e della spesa per beni e servizi di tipo sanitario, devono essere pienamente coinvolti al fine di condividere e attuare a livello aziendale le strategie di contenimento definite.

Si richiamano altresì l'obbligatorietà di adesione alle iniziative in corso o in programma da parte della Centrale Regionale Acquisti, il divieto per le Aziende sanitarie di avviare procedure di acquisto per prodotti o servizi oggetto di contratti attivi o in corso di attivazione secondo la programmazione comunicata da Centrale Regionale Acquisti e le specifiche disposizioni in relazione all'applicazione della L.R. 3/8/2011 n. 11 in materia di piattaforma Sintel. A tal specifico proposito si precisa che le Procedure di affidamenti diretti indicate sono quelle effettuate ai sensi del comma 11 dell'art. 125 del DLgs n. 163/2006.

Al fine di garantire l'obbligatorietà dell'adesione ai contratti/convenzioni attivati a livello regionale dalla Centrale Regionale Acquisti, si ribadisce l'importanza dell'individuazione, e della comunicazione alla Direzione Generale Sanità e alla Centrale Regionale Acquisti, di un referente funzionalmente dipendente dalla Direzione Generale o Direzione Strategica aziendale per garantire le attività relative.

- al raccordo tra le procedure aziendali e quelle della CRA;
- al rispetto dei tempi e della qualità dei flussi informativi;
- al raccordo tra flussi informativi e dati degli osservatori regionali.

Procedure in forma aggregata :

il documento di programmazione degli acquisti da trasmettere a cura del Coordinatore entro il 30 gennaio 2012 dovrà seguire uno schema che sarà fornito dalla Direzione Generale Sanità entro l'inizio del mese di gennaio 2012. I riferimenti dovranno essere strettamente collegati anche con i flussi informativi in essere degli Osservatori.

Anche nella definizione delle aggregazioni le Direzioni aziendali dovranno coinvolgere le Direzioni Sanitarie in quanto fattori organizzativi determinanti del consumo e della spesa per beni e servizi di tipo sanitario.

Al fine di rendere agevole il lavoro del previsto Tavolo di coordinamento e supporto le eventuali procedure non programmate in forma aggregata da singole aziende devono contenere le necessarie motivazioni. In ogni caso l'azienda dovrà dare comunicazione alla

Direzione Generale Sanità, prima dell'avvio della procedura, delle verifiche condotte con i referenti delle altre aggregazioni di acquisto.

In relazione ai Progetti di integrazione e razionalizzazione logistica si precisa che tali progetti dovranno tenere in dovuta considerazione le definizioni assunte dalle aziende in ordine ai Consorzi o altre unioni per l'acquisto di beni e servizi.

In materia si richiamano gli indirizzi già forniti con nota prot. N.2314 del 25/1/2011 in materia di logistica del farmaco oltre agli esiti della ricerca svolta a livello regionale.

In relazione al flusso consumi dei dispositivi medici seguiranno entro fine anno indicazioni relative ai controlli di qualità e di confrontabilità dei dati.

Prevenzione Medica e Veterinaria (Allegato 4)

Gli obiettivi della prevenzione veterinaria sono assicurati attraverso l'attuazione del Piano Regionale della Prevenzione Veterinaria e con le modalità codificate dal Manuale operativo delle Autorità Competenti locali. In tale ambito le Aziende Sanitarie Locali realizzano quanto di seguito indicato:

A) PREVENZIONE MEDICA

In relazione al paragrafo **“Prevenzione e tutela sanitaria”**, si precisa quanto segue:

- Il **Report complessivo rivolto ai cittadini**, contenente le principali attività di prevenzione attuate nel 2011, con evidenza dei risultati raggiunti anche in termini di guadagno di salute, dovrà essere disponibile all'utenza entro il 30 giugno 2012.
- Quando non diversamente specificato dalla presente circolare, i **report previsti nell'allegato sono da intendersi a scadenza annuale**.
- **Obiettivo 1.1 - Attività di programmazione: Il piano integrato locale degli interventi di promozione della salute**
“Presenza del Piano integrato locale di tutti gli interventi di promozione della salute, con evidenza della “rete” locale dei soggetti coinvolti anche nell'ambito della comunità”:
Il Piano integrato locale di tutti gli interventi di promozione della salute deve essere predisposto entro il 29 febbraio 2012, fermo restando il richiamo all'interno del Documento di Programmazione Aziendale degli obiettivi prioritari.
Con “rete” locale dei soggetti coinvolti si fa riferimento a tutti i soggetti della comunità che in relazione alla proprie competenze concorrono al raggiungimento degli obiettivi di salute, e quindi per esempio gli Enti Locali nella promozione dell'attività fisica, rappresentanze di settore nella promozione di corrette abitudini alimentari, settori vari dell'associazionismo nella prevenzione dell'abitudine tabagica, ecc..
- **Obiettivo 1.2 – Attuazione di interventi per la promozione di stili di vita al fine di ridurre l'incidenza di patologie cronico-degenerative e per la riduzione di fattori di rischio quali obesità, sedentarietà, tabagismo:**
“Azioni di sostegno all'iniziativa di produzione e vendita di pane a ridotto contenuto di sale”:

Si fa qui riferimento al target "panificatori" e/o loro rappresentanze locali e alle azioni necessarie (individuate in base alle specificità di contesto) a raggiungere il maggior numero di panificatori per incrementare l'offerta della opportunità di consumare pane a ridotto contenuto di sale. Si precisa che gli elementi di sostenibilità ed efficacia in termini di sanità pubblica dell'intervento legato all'Intesa stipulata, sono rappresentati dall'assenza di costi aggiuntivi (sul costo del pane) e dalla riconversione produttiva della maggior parte di pane prodotto dai panificatori che partecipano. In tal senso si richiede il monitoraggio delle adesioni e l'invio trimestrale (ultima settimana del trimestre) alla U.O. Governo della Prevenzione e Tutela Sanitaria dell'elenco aggiornato dei panificatori; l'elenco di eventuali panificatori che aderiscono solo producendo pane a ridotto contenuto di sale ma come "linea dedicata" (tipo pane speciale) dovrà essere inviato con la stessa scadenza ma in file separato.

“Prosecuzione ed implementazione degli interventi su stili di vita salutari e cessazione dell’abitudine al fumo nell’ambito di percorsi di screening in essere e/ o percorsi nascita (counselling breve, ecc.) già definiti nel corso del 2011 d’intesa con soggetti della rete delle strutture sanitarie anche nell’ambito dei progetti HPH”:

La prosecuzione/implementazione al fine di un consolidamento nelle realtà territoriali degli interventi già indicati nelle Regole 2011, sarà valutata verificando l'incremento degli interventi nelle rendicontazioni annuali col data base BDPROSALUTE. In relazione agli interventi di prevenzione/cessazione dell'abitudine tabagica (in contesti opportunistici quali in occasione di accessi per visite specialistiche, screening , ecc; in luoghi di lavoro,) si richiama la necessità di considerare il target femminile prioritario nella programmazione degli interventi stante l'alta prevalenza di fattore di rischio (tabagismo) e patologie correlate (cronico- degenerative) di genere presente del dato regionale.

“Realizzazione della sperimentazione da parte delle ASL interessate degli interventi di “counselling motivazionale breve” presso le farmacie, sulla promozione di stili di vita sana e riduzione dell’abitudine tabagica”:

Le ASL coinvolte nella sperimentazione delle attività di counselling motivazionale breve presso le farmacie sono Brescia, Mantova, Monza Brianza, Sondrio, Valle Camonica Sebino.

“Consolidamento e eventuale ulteriore implementazione di interventi già sostenuti con le “Regole 2011” nel campo della promozione dell’attività fisica e di corrette abitudini alimentari”:

In relazione agli interventi di promozione dell'attività fisica (in particolare Pedibus, Gruppi di Cammino e “Scale per la salute”) ai fini della valutazione dell'incremento si raccomanda il continuo monitoraggio di contesto così da rilevare il maggior numero di iniziative promosse dai soggetti della comunità.

- **Obiettivo 3.1 - Attività di programmazione: Redazione del Piano triennale dei controlli 2012-2014**

“Disponibilità del Piano triennale e della programmazione annuale entro febbraio 2012”:

Il Piano triennale dei controlli 2012-2014, finalizzato a programmare secondo l'individuazione delle priorità del territorio, i criteri di graduazione del rischio ed utilizzando il DWH del sistema IMPreS@, dovrà essere predisposto entro il 29 febbraio 2012; si richiama l'importanza del coordinamento delle attività con le altre strutture aziendali interessate (Dipartimento di Prevenzione Veterinario; Dipartimento

PAC;....) ed anche con gli altri Soggetti istituzionali (ARPA; DPL;) che concorrono per le specifiche competenze.

- **Obiettivo 3.2 - Attuazione della attività di controllo negli ambienti di vita e di lavoro, in coerenza con la programmazione annuale del Piano dei controlli e rendicontazione nel sistema IMPreS@, tenendo conto anche dell'attività coordinata con altri Enti (es. DPL, ARPA, Amministrazione Provinciale)**
“Sicurezza nei luoghi di lavoro: - effettuare i controlli garantendo almeno la sorveglianza del 5% delle imprese attive, in coerenza con i LEA”:

Per il denominatore per il calcolo del 5% delle imprese attive da controllare (in coerenza con i LEA), si fa riferimento all'allegato della nota prot. N. H1.2011.0025065 del 19.08.2011 riguardante le nuove funzionalità del sistema Impres@ e il relativo DWH.

- **Obiettivo 3.6 - Sistema informativo gestionale PERSON@**
“Inserimento nei contratti con le strutture accreditate sede di UOOML dell'impegno di utilizzo di PERSON@ nella attività di indagine di “Malattia Professionale”:

In relazione all'indicatore “Inserimento nei contratti con le strutture accreditate sede di UOOML dell'impegno di utilizzo di PERSON@ nella attività di indagine di “Malattia Professionale”” si precisa che l'attività di competenza della UOOML è di approfondimento diagnostico a supporto dell'indagine di competenza della ASL.

- **Obiettivo 3.9 - Definizione di un programma coordinato con ARPA per l'attività di controllo sulle aziende che svolgono attività che impattano sull'ambiente**
“Report”:

Il report relativo al “Programma coordinato con ARPA per l'attività di controllo sulle aziende che svolgono attività che impattano sull'ambiente” deve essere trasmesso alla DG Sanità entro il 31 marzo 2012.

B) SANITÀ PUBBLICA VETERINARIA

1.1 Programmazione delle attività di prevenzione veterinaria

Le ASL dovranno recepire entro il 31 gennaio 2012 il Piano Regionale della Prevenzione Veterinaria e, in tale contesto, dovranno pianificare gli obiettivi, triennali con declinazione annuale, della prevenzione veterinaria attraverso la predisposizione del Piano Integrato Aziendale della Prevenzione Veterinaria (PIAPV). In tale contesto assicurano un approccio integrato alla programmazione delle attività, anche con il coinvolgimento delle altre Autorità Competenti.

1.2 Formazione e aggiornamento del personale

Le ASL dovranno assicurare la formazione per tutti degli addetti al controllo ufficiale (Veterinari Ufficiali e Tecnici della Prevenzione) disciplinato dal Reg. (CE) n. 882/2004 nel corso del triennio 2012-2014. La formazione dovrà riguardare :

- Formazione del personale al corretto utilizzo del SIVI;
- Formazione del personale alla gestione delle emergenze veterinarie secondo quanto codificato dalla U.O. Veterinaria;
- Standard di funzionamento delle ASL .Coinvolgere entro il 31 dicembre 2012 almeno 1/3 degli Operatori, ad eccezione di quelli che hanno conseguito gli ECM nell'ambito dei corsi promossi dall'U.O. Veterinaria in collaborazione con Eupolis. Al fine di facilitare la suddetta attività l'U.O. Veterinaria procederà, in collaborazione

con Eupolis, entro il primo trimestre 2012 alla formazione dei Formatori a cui verrà affidato il compito di completare il processo di formazione degli operatori del Controllo Ufficiale sui contenuti del Manuale operativo delle Autorità Competenti locali.

1.3 Rendicontazione dei LEA

Le ASL erogano le prestazioni essenziali di assistenza (L.E.A), ai sensi del D.P.C.M. 29/11/2001. In tale ambito assicurano il monitoraggio degli obiettivi pianificati nell'ambito della programmazione aziendale e secondo gli step regionali rendicontano le prestazioni erogate.

1.4 Utilizzazione delle risorse finanziarie

Le ASL garantiscono la necessaria dote finanziaria per l'attuazione degli obiettivi di prevenzione veterinaria. A tal fine utilizzano i fondi resi disponibili in attuazione della DGR n. 2633 del 6/12/2011. In particolare per i punti:

- a) si conferma la quota vincolata del fondo funzioni non tariffabili secondo le modalità codificate dalla circolare 42608 del 30/12/2010. In questo contesto presentano i relativi progetti, a valenza territoriale entro il 31 marzo 2012.
- b) si incentiva l'attuazione di progetti avviati dall'U.O. Veterinaria in relazione alle iniziative correlate con la manifestazione EXPO 2015 e all'eventuale attivazione da parte delle ASL di iniziative ritenute strategiche o rilevanti a livello locale.
- c) si richiamano le indicazioni di cui alla nota protocollo n. H1.2011.0028112 e si puntualizza che tali risorse potranno essere utilizzate per l'attuazione di quanto programmato nel Piano Regole della Prevenzione Veterinario 2012-2014.

1.5 Implementazione e aggiornamento dei sistemi informativi

Le ASL assicurano l'implementazione del SIVI secondo gli step pianificati dall'U.O. Veterinaria nell'ambito del programma di sviluppo del costituendo portale unico della prevenzione veterinaria.

A. SICUREZZA ALIMENTARE

1.6 Attuazione del controllo ufficiale

Le ASL attuano il controllo ufficiale in ottemperanza alle indicazioni del Manuale operativo delle Autorità Competenti locali. In tale ambito assicurano il numero dei controlli programmati nell'ambito del PIAPV e secondo la numerosità campionaria definita dalla DGR n. 2633 del 6/12/2011. In particolare attivano controlli integrati con l'IZSLER, in relazione al contesto territoriale, al fine di migliorare l'efficacia e l'appropriatezza dei controlli.

1.7 Piani specifici a valenza locale-regionale- nazionale- europea

Le ASL pianificano, nell'ambito del PIAPV, le azioni necessarie per l'attuazione degli obiettivi operativi individuati dal Piano Regionale della Prevenzione Veterinaria; nell'ambito del PIAPV, verranno altresì pianificate le azioni ritenute rilevanti a livello territoriale.

B. EXPO 2015

1.8 EXPO 2015

Le ASL attivano eventuali progetti ed azioni definiti dall'U.O. Veterinaria, nell'ambito dell'accordo di programma quadro EXPO 2015.

PERSONALE (allegato 2)

Orario di lavoro - Ferie

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

Si invitano le aziende ad un governo responsabile dell'istituto delle ferie anche attraverso una attenta programmazione delle stesse che dovrà essere effettuata nel rispetto puntuale delle disposizioni previste dalla Contrattazione Nazionale di riferimento.

In particolare si ricorda che, in caso di indifferibili esigenze di servizio che non abbiano reso possibile il godimento delle ferie nel corso dell'anno, le stesse dovranno essere fruito entro il primo semestre dell'anno successivo, mentre in caso di motivate esigenze di carattere personale e, compatibilmente con le esigenze di servizio, il dipendente dovrà fruire delle ferie residue al 31 dicembre entro il mese di aprile dell'anno successivo a quello di spettanza.

Eventuali deroghe potranno essere effettuate unicamente in caso di rischio di interruzione di pubblico servizio nel rispetto del termine previsto dall'art.10 del D.Lgs. 66/2003.

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

Si confermano la necessità di prevedere adeguati sistemi automatizzati per la rilevazione delle presenze del personale in servizio, anche con riferimento alla Direzione Strategica Aziendale e le indicazioni regionali già fornite in attuazione della legge n. 122/2010 con circolari prot. n. H1.2011.0002825 del 28 gennaio 2011 e prot. n. H1.2011.0012013 del 18 aprile 2011 relative alle spese per missioni ed autovetture.

Piani di organizzazione aziendale (POA)

Nel corso del 2012 le Aziende Sanitarie dovranno procedere all'approvazione dei nuovi Piani di Organizzazione Aziendale per il triennio 2011-2013, nel rispetto dei seguenti criteri:

1. valutazione dei Dipartimenti Gestionali, in considerazione della complessità aziendale e senza alcun incremento del totale degli stessi, inerenti le seguenti Aree:
 - a. medica
 - b. chirurgica
 - c. materno–infantile
 - d. salute mentale
 - e. emergenza urgenza
 - f. servizi
2. riduzione delle Strutture Semplici a valenza Dipartimentale;
3. riduzione delle Struttura Semplici e Complesse pari al 10% rispetto al numero di Struttura attivate al 31 dicembre 2011, secondo le indicazioni emanate dal Comitato LEA, contenute nella Relazione Finale del 04.08.2011 elaborata dal "Sottogruppo di lavoro per la fissazione dei parametri standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse del SSN ex art.12, comma 1, lett. b), Patto per la Salute 2010-2012".

4. valorizzazione, nell'ambito della autonomia organizzativa aziendale, degli incarichi dirigenziali di natura professionale, come previsto dalle disposizioni contrattuali vigenti;
5. valutazione della possibilità di istituire, in relazione a particolari complessità delle Aziende Sanitarie, Unità Operative Complesse delle professioni sanitarie, senza oneri aggiuntivi, nel rispetto dei vigenti Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro e del vincolo di riduzione previsto al precedente punto 3.

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

Fabbisogni di Personale triennio 2012-2014 e Piani di Assunzione anno 2012

Nell'anno 2012 dovranno essere rideterminati i fabbisogni di personale per il triennio 2012-2014 che non potranno essere previsti in aumento rispetto al triennio precedente e dovranno essere approvati i Piani di Assunzione per la copertura dei posti a tempo indeterminato relativi all'anno 2012.

Prima di procedere ad assunzioni a tempo indeterminato nell'ambito dei Piani di Assunzione 2012 dovrà essere formalmente dimostrato il completamento del Piano assunzioni 2011 che potrà essere effettuato anche nel corso del 2012, entro il mese di febbraio.

Entro il mese di febbraio 2012 i competenti Uffici regionali provvederanno ad emanare gli indirizzi operativi per la redazione delle proposte dei Fabbisogni e dei Piani di Assunzione.

A tale proposito si proseguirà nell'applicazione della metodologia già utilizzata nell'ultimo triennio, che ha portato alla definizione di criteri analitici per le aziende sanitarie pubbliche riferiti ai livelli di produttività attesi, intesi come rapporto tra le risorse umane impiegate, i livelli di produzione ottenuti e la percentuale del costo del personale rispetto alle entrate aziendali, per le Aziende Ospedaliere, le Fondazioni IRCCS e l'AREU, e come rapporto tra le risorse umane impiegate e i livelli di attività attesi per le Aziende Sanitarie Locali.

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

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

Risorse Umane S.S.R

Nel corso del mese di gennaio 2012 verrà assegnato ad ogni singola Azienda un budget complessivo riferito alle seguenti voci di costo: personale dipendente con contratto di lavoro a tempo indeterminato e determinato, co.co.co., incarichi libero professionali e di consulenza.

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

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

Costi del personale dipendente

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

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

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

Le aziende in considerazione delle disposizioni di cui all'art. 9 comma 17 del D.L. n.78/2010 convertito in L. 122/2010 dovranno prevedere, anche per l'anno 2012, a corrispondere al personale dipendente l'indennità di vacanza contrattuale nella misura prevista a luglio 2010 in applicazione dell'art.2, comma 35, della Legge n. 203/2008.

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

Contratti a Tempo Determinato, Contratti Atipici, Incarichi Libero Professionali e di Consulenza

Anche per il 2012 si conferma l'obiettivo di dare priorità all'assunzione di personale a tempo indeterminato, ribadendo che alla copertura dei posti a tempo indeterminato dovrà corrispondere la contestuale risoluzione dei contratti a tempo determinato e degli altri contratti atipici riferiti ai medesimi posti (il cui costo è comunque compreso nel limite del budget complessivo assegnato per il personale).

Si richiama al rispetto delle disposizioni di cui all'art. 9 comma 28 del D.L. 78/2010 convertito in L. 122/2010, in particolare per quanto riguarda l'obbligo di riduzione del 50% rispetto alla spesa sostenuta nel 2009 della spesa relativa alle forme contrattuali a tempo determinato ed a tutti i contratti atipici, confermando le eccezioni di seguito elencate, già previste nella D.G.R. 2057 del 28/7/2011, per le quali è comunque necessario il parere del Collegio Sindacale:

- le disposizioni di cui al comma 28 dell'art. 9 non si applicano agli incarichi a tempo determinato nelle more dell'espletamento delle procedure concorsuali e per la sostituzione del personale assente a vario titolo;
- per quanto riguarda le altre tipologie di incarico previste dal citato comma, non rientrano nel limite di cui al comma 28 dell'art. 9 i contratti di collaborazione coordinata e continuativa e gli incarichi libero professionali strettamente necessari a garantire la corretta conduzione dell'iter diagnostico-terapeutico dei pazienti presi in carico e per mantenere la piena operatività delle attività di emergenza urgenza.

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

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

Si conferma inoltre quanto disposto nell'allegato C alla D.G.R. 1151/2010, ed in particolare che le consulenze sanitarie rientrano nel limite di cui al comma 7 dell'art. 6 della L. 122/2010, ad eccezione di quelle strettamente necessarie per garantire la corretta conduzione dell'iter diagnostico terapeutico dei pazienti presi in carico e per mantenere la piena operatività delle attività di emergenza urgenza. Sono altresì escluse da tale limite le consulenze attivate nell'ambito di specifici progetti regionali.

Le consulenze amministrativo – tecnico - professionali rientrano nel limite di cui al comma 7 dell'art. 6 della L. 122/2010, ad eccezione degli incarichi derivati da progetti regionali e da progetti di ricerca e studi con Università e Fondazioni di Ricerca. Relativamente alle eccezioni indicate è necessario il parere del Collegio Sindacale.

Si confermano le disposizioni di cui all'art.3 comma 54 della legge n. 244 del 24 dicembre 2007 (legge Finanziaria 2008) in materia di trasparenza sugli incarichi di consulenza.

In relazione allo svolgimento dell'attività libero professionale intramuraria da parte del personale dirigenziale, particolare attenzione dovrà essere rivolta alla regolamentazione della stessa, nel rispetto delle disposizioni nazionali e regionali in materia.

Valutazione e Premialità

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

Per quanto riguarda il meccanismo di erogazione di quote di incentivazione a titolo di acconto al personale del comparto e delle dirigenze, che dovrà comunque essere superato entro la fine del 2012, si ribadisce che le quote di acconto non possono essere superiori al 50% delle risorse complessive e che possono essere erogate solamente previa valutazione dello stato di avanzamento degli obiettivi assegnati; la parte restante

potrà essere erogata esclusivamente previa valutazione a consuntivo, in relazione al raggiungimento dei risultati, ferme restando eventuali diverse disposizioni derivanti dalla applicazione del D.lgs. n.150/2009.

Per quanto riguarda la valutazione dei Direttori Generali riferita al 2012, si conferma l'impostazione utilizzata nell'anno 2011, in base alla quale gli obiettivi di sviluppo devono consistere nella declinazione annuale degli obiettivi di mandato, allo scopo di ricollegarsi in modo stringente alla programmazione regionale. Gli obiettivi di sviluppo saranno valutati in sintonia con il sistema di valutazione utilizzato per la dirigenza regionale, anche con riferimento al grado di congruità dell'azione con gli obiettivi strategici.

La valutazione verrà effettuata dal nucleo di esperti dell'Organismo Indipendente di valutazione Regionale di cui all'art.30 della legge regionale n. 20 del 7.7.2008, modificata in applicazione del D.lgs 150/2009 e dal Direttore Generale della Direzione Sanità e, solo per la valutazione dei Direttori Generali ASL, dal Direttore Generale della Direzione Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà sociale.

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

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

Flussi Informativi

Si confermano le disposizioni di cui alla D.G.R. IX/937 del 01/12/2010, sottolineando che le Aziende devono porre maggiore attenzione alla corretta compilazione di tutti i campi (in particolare quelli riguardanti la data di decorrenza profilo, le ore lavorate, i giorni retribuiti, la data di cessazione e le ore di formazione) ed a tale scopo sono stati implementati i controlli nella fase di acquisizione dei flussi. Tale attività rappresenta obiettivo specifico per le Direzioni Aziendali.

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

Formazione del personale, Medicina Convenzionata Territoriale e ECM-Provider (Allegato 5)

Progetto Ambulatorio Pediatrico nella giornata di sabato

Entro il 30 marzo 2012 le ASL dovranno inviare alla Direzione Generale Sanità una relazione comprensiva della stima dei costi in merito ai progetti attivati sul territorio di competenza finalizzati alla copertura assistenziale, per i pazienti in età pediatrica, nelle

giornate del sabato e nel giorno prefestivo. Qualora ASL non ritenga necessario attivare tale tipologia di progetto dovrà presentare, negli stessi termini, una relazione a supporto della decisione assunta.

Progetto ricoveri domiciliari sub acuti

Entro il 30 marzo 2012, le ASL di Pavia e di Varese dovranno presentare alla Direzione Generale Sanità un progetto relativo alla promozione dei ricoveri nelle attività subacute direttamente dal territorio.

Progetto specialista ambulatoriale presso studio medico di medicina generale

Entro il 30 gennaio 2012 le ASL dovranno raccogliere l'adesione dei gruppi all'attivazione di questo servizio, unitamente alle ore della settimana nelle quali intendono offrire il servizio nonché la Branca di specializzazione dello specialista che vorrebbero accogliere nella sede comune.

Entro il 28 febbraio 2012, le ASL dopo aver contattato le Aziende operanti nel territorio di competenza, dovranno inviare alla Direzione Generale Sanità il dettaglio delle progettualità che intende attivare sul proprio territorio, unitamente alla bozza di convenzione stipulata con l'Azienda presso la quale lo specialista esercita.

Entro il 20 marzo 2012 la Direzione Generale Sanità comunicherà alle ASL quali, dei progetti presentati saranno autorizzati e l'importo assegnato per la loro realizzazione.

Progetto ambulatorio pre filtro

Entro il 30 marzo 2012 le ASL che, avendo i requisiti previsti dalle regole (Aziende Ospedaliere con Servizi di PS che registrano almeno 50.000 accessi annui) dovranno presentare alla Direzione Generale Sanità le progettualità per l'attivazione del servizio comprensivo dell'analisi dei costi e della bozza della convenzione con l'Azienda Ospedaliera che ospiterà l'ambulatorio in esame.

Formazione e sviluppo dei professionisti del SSR

Per quanto riguarda la presentazione da parte delle Aziende Ospedaliere e delle Aziende Sanitarie Locali dell'annuale Piano di Formazione aziendale, si precisa che la deliberazione relativa deve essere adottata ed inserita nel sistema gestionale ECM entro 20 giorni dall'assegnazione degli obiettivi dei Direttori Generali per l'anno 2012.

Si rammenta altresì che tali Piani devono necessariamente contemplare sia gli eventi di rilevanza strategica che concorrono a costituire i suddetti obiettivi che la formazione obbligatoria.

Procedimenti sanzionatori in materia di violazioni amministrative di competenza delle Aziende Sanitarie Locali

Con riferimento ai procedimenti sanzionatori che le Aziende Sanitarie Locali devono attivare in materia di violazioni amministrative di cui alla L. 689/81 e LR 90/1983, al fine di garantire l'omogeneità nella trattazione delle casistiche, si reputa necessario che ciascuna ASL si doti di un regolamento aziendale che descriva e disciplini l'intero processo

(competenze, deleghe, riscossioni). Per garantire la semplificazione della procedura si invita le Aziende a valutare l'opportunità di informatizzare l'intero processo sanzionatorio, mediante appositi software.

Piani e Programmi di sviluppo (Allegato 6)

RETI DI PATOLOGIA

L'impegno delle Aziende sanitarie e di Regione Lombardia è rivolto a realizzare un'efficace sinergia tra obiettivi ed azioni di integrazione focalizzandosi sulla necessità di facilitare la persona nell'accesso alla rete dei servizi per la salute.

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

Il sistema "a rete di funzioni di alta media e bassa complessità delle cure" delle strutture e dei servizi favorisce la diffusione di conoscenze tra i professionisti, permettendo loro di indirizzarsi verso le opzioni terapeutiche più appropriate e consente al paziente di accedere a percorsi di cura e assistenziali standardizzati e di elevata qualità.

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

- **Rete Nefrologica Lombarda (ReNe):** la "Rete Nefrologica Lombarda (ReNe)" avviata nel biennio 2009-2010, ha la finalità di attivare un sistema per la corretta presa in carico del paziente nefropatico, attraverso percorsi sanitari appropriati, migliore accessibilità da parte dei cittadini, aggiornamento e crescita professionale tra centri di riferimento e strutture del territorio. L'evoluzione della rete nel 2012, comprenderà l'adesione di tutte le strutture sanitarie, il perfezionamento dell'infrastruttura tecnologica a supporto della rete e l'implementazione del nuovo registro dialisi e trapianto, realizzato nell'ambito dei servizi attivati nel sistema SISS.
- **Procreazione Medicalmente Assistita (PMA):** è prevista per il 2012 l'implementazione della infrastruttura tecnologica nelle strutture coinvolte nella prima fase sperimentale del progetto, in funzione dell'integrazione tra gli aspetti clinici, gli aspetti relativi al controllo di qualità e gli aspetti gestionali (collegamento con CRS-SISS, soddisfacimento del debito informativo verso il Registro Nazionale).
- **Donazione e Trapianto** - Si conferma l'importanza e il carattere di eccellenza che il sistema dei trapianti riveste per il Servizio Sanitario Regionale, sia sul versante del prelievo d'organi e tessuti che quello dei trapianti. In continuità con gli indirizzi definiti e le azioni intraprese negli scorsi anni, proseguiranno le iniziative di supporto ai Coordinatori Locali e la formazione del personale medico e sanitario coinvolto nel processo di donazione e prelievo. In particolare, continueranno gli incontri di audit con i Coordinamenti Locali e con tutte le Aziende Ospedaliere per esaminare le criticità e programmare iniziative di miglioramento delle attività. Sostegno all'utilizzo del programma Donor Action/Donor Manager da parte di tutte le strutture per assolvere al debito informativo attraverso anche l'accompagnamento formativo.

- **Sistema Trasfusionale Regionale** – L'attenta programmazione garantisce alla nostra Regione autosufficienza di sangue, emocomponenti ed emoderivati a supporto delle attività delle strutture sanitarie. Regione Lombardia, nel 2012, si pone gli obiettivi di adottare il nuovo Piano Sangue Regionale per la riorganizzazione del sistema sangue regionale, in coerenza con gli accordi Stato – Regioni e sperimentare un sistema integrato di indicatori di efficienza ed efficacia per il monitoraggio dell'intero sistema. Confermate le risorse previste per l'anno 2011.

COMUNICAZIONE

In relazione alle attività di comunicazione previste in attuazione delle Regole 2012, gli enti sanitari devono assicurare il più efficace coordinamento con Regione Lombardia.

Per permettere l'opportuna integrazione operativa, entro il 28 febbraio 2012 gli enti invieranno al referente della comunicazione della Direzione Generale Sanità, per la parte Sanità, il Piano delle iniziative di comunicazione di cui si prevede la realizzazione nel corso dell'anno, articolato in modo da evidenziare la coerenza delle scelte con le priorità indicate dalle Regole e dagli altri documenti di indirizzo regionale (Programma Regionale di Sviluppo, Documento Strategico Annuale 2012, Piano della Comunicazione 2012).

Come in passato, in fase attuativa, tutti i progetti di comunicazione realizzati dagli enti sanitari e socio-sanitari dovranno essere sottoposti preventivamente, tramite e-mail, all'ufficio comunicazione della Direzione Generale Sanità almeno 15 giorni prima dall'avvio dell'iniziativa.

La Direzione Generale valuterà la decisione di sottoporre al parere della Commissione Tecnica per la Comunicazione, l'Editoria e l'Immagine (come definita nell'Allegato C della DGR 48/2011) i progetti degli enti sanitari di particolare entità e rilevanza o comunque di interesse generale (ad esempio qualora riguardanti applicazioni generalizzabili della Carta Regionale dei Servizi).

Per azioni di comunicazione locale gli enti sanitari sono altresì tenuti a raccordarsi con la Sede Territoriale di riferimento.

Si ricorda che, al fine di favorire la riconoscibilità degli enti sanitari come parte del SiReg e nel rispetto delle linee guida per la comunicazione degli enti del Sistema sanitario lombardo approvate con dgr n. 10256 del 7 ottobre 2009:

- le ASL utilizzeranno il marchio comune di identificazione;
- le A.O. e gli IRCCS pubblici affiancheranno il proprio marchio a quello di identificazione "Sistema Sanitario Regione Lombardia";
- le ASL continueranno a monitorare l'applicazione del marchio sistema "Sistema Sanitario Regione Lombardia" sugli strumenti di comunicazione delle strutture accreditate e a contratto che erogano prestazioni a carattere sanitario.

L'Azienda Regionale Emergenza Urgenza (AREU) utilizzerà il proprio marchio, che già include quello di Regione Lombardia.

Per l'acquisto di spazi pubblicitari sui mezzi di comunicazione di massa gli enti sanitari devono rispettare le percentuali annue obbligatorie stabilite dall'art. 15 della l.r. 23 dicembre 2008, n. 33, ovvero almeno il 40 per cento a favore dei giornali quotidiani e

periodici ed almeno il 5 per cento a favore dell'emittenza privata televisiva e radiofonica locale.

Gli enti sanitari si avvarranno del Centro Media Starcom srl aggiudicatario della gara per la fornitura di servizi di intermediazione pubblicitaria.

L'utilizzo del Centro Media consentirà l'individuazione ottimale dei mezzi di comunicazione sui quali veicolare i messaggi istituzionali e permetterà l'acquisto degli spazi pubblicitari al miglior prezzo con conseguente snellimento delle procedure e razionalizzazione dei costi.

Allegato 09 – Indici di offerta – Negoziazione

MAC

Essendo le attività di MAC l'esito di una trasformazione di attività già erogate in regime di day hospital ne deriva che le tipologie di pacchetti che possono essere erogati dai singoli erogatori in questo ambito devono essere congruenti con le attività già erogate in day hospital secondo il dettaglio rappresentato dall'assetto accreditato.

Si ricorda che le prescrizioni relative alle attività di MAC possono e devono essere effettuate dagli specialisti delle strutture nelle quali le prestazioni stesse vengono erogate. A breve seguiranno ulteriori indicazioni rispetto alle modalità prescrittive e di rendicontazione e alla gestione dei farmaci correlati all'attività di MAC così come condivise con il gruppo dei farmacisti ospedalieri e clinici interessati.

La compartecipazione alla spesa per questa tipologia di attività e per quelle di BOCA (macroattività chirurgica a bassa complessità) segue le stesse regole già vigenti per le attività di specialistica ambulatoriale e quindi vige per i soli cittadini a vario titolo non esenti.

Il ticket entra in vigore per le prestazioni prescritte dal 1° gennaio 2012.

Si richiama l'attenzione delle aziende sanitarie affinché i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e tutti gli erogatori, sia pubblici che privati accreditati, segnalino nelle prescrizioni di specialistica ambulatoriale l'eventuale esenzione da reddito di cui ha diritto l'assistito.

Prestazioni extrabudget per attività ambulatoriali e di ricovero e cura

Al fine di rendere congruente la regola relativa al massimo incremento per ogni struttura di attività extrabudget con i contratti che vengono sottoscritti tra Asl e soggetti erogatori si da indicazione affinché per struttura si intendano le strutture alle quali si riferisce lo stesso contratto.

Schema tipo di contratto

Si anticipa, rispetto al successivo atto di rettifica, che per mero errore materiale lo schema tipo di contratto ha mantenuto, diversamente da quanto correttamente indicato nel testo deliberativo all'allegato 9, la previsione che le prestazioni di ricovero per cittadini provenienti da altre regioni siano remunerate a tariffe regionali. Si ribadisce che le tariffe da utilizzare sono quelle della TUC. Inoltre l'articolo 3 dello schema tipo di contratto riporta erroneamente il riferimento all'articolo 4 per quanto riguarda le modalità ed i criteri da utilizzare per la assegnazione del 2% delle risorse contrattuali di specialistica ambulatoriale.

Nell'ambito delle attività per la riorganizzazione dei servizi

- le AO e gli IRCCS di diritto pubblico, in collaborazione con la Direzione Generale Sanità, formuleranno entro maggio un piano di riorganizzazione delle attività di laboratorio tese alla razionalizzazione economica e organizzativa, alla concentrazione e specializzazione delle prestazioni. Deve inoltre essere previsto lo sviluppo di reti interaziendali per il miglioramento della qualità delle prestazioni stesse e per la razionalizzazione, in particolare, delle prestazioni specialistiche per cui è più rilevante il ricorso al service.
- La Direzione Generale Sanità, con il coinvolgimento di tutti gli attori del Sistema Sangue Regionali interessati, entro maggio, formulerà un piano di riorganizzazione delle attività trasfusionali teso alla razionalizzazione economica e organizzativa, alla concentrazione e specializzazione delle attività, anche in considerazione dell'applicazione dei nuovi requisiti di autorizzazione e accreditamento di recente validazione.

Allegato 11 -Attività di controllo e tempi di attesa

Si ricorda che la validità della prescrizione ambulatoriale è di 1 anno a partire dalla data di prescrizione fino alla data di prenotazione delle prestazioni prescritte.

Allegato 13 – Salute Mentale PSICHIATRIA

In merito alla richiamata necessità di assicurare la continuità dei programmi innovativi per la salute mentale attraverso una assegnazione di fondi imm modificata rispetto al triennio 2009 – 2011, entro la data del **31 gennaio 2012** le ASL dovranno comunicare alla DG Sanità

- i programmi di cui è stata confermata la prosecuzione: a tali programmi, nel loro complesso, sarà destinato non meno del 80% dei fondi assegnati alla ASL, con la possibilità di rimodulazione dei progetti in corso;
- gli eventuali nuovi progetti, a cui verrà complessivamente destinato non più del 20% del budget assegnato.

Come già indicato, la somma dei programmi costituisce la base per il contratto dell'area dell'innovazione da stipulare come risorsa aggiuntiva con i soggetti erogatori da parte della ASL.

Nel caso di progetti inter ASL è possibile da parte della ASL alla quale è assegnato il budget per l'innovazione, fare contratto specifico all'erogatore dipendente da altra ASL.

E' necessario che le ASL sviluppino una prospettiva di coordinamento e integrazione nelle aree specifiche, secondo ulteriori indicazioni che verranno fornite in un prossimo documento di programmazione regionale triennale inerente alle tematiche della Salute Mentale di cui alla DGR 2633/2011.

Entro il 30 giugno 2012 le ASL dovranno trasmettere alla DG Sanità i set di indicatori atti a valutare gli esiti degli interventi nelle diverse aree progettuali. Qualora sul territorio della ASL fossero attivi più progetti relativi alla medesima area la definizione degli indicatori dovrà avvenire in maniera condivisa dai diversi erogatori. Con successiva comunicazione verranno fornite ulteriori precisazioni in merito.

Relativamente all'obiettivo di contenimento del ricorso a strutture non a contratto con il Servizio Sanitario Regionale si ricorda che è necessario il costante monitoraggio dei ricoveri residenziali che sarà oggetto di relazione semestrale da parte delle Asl alla DG Sanità, secondo modalità che verranno indicate entro il 31 gennaio 2012.

Per quanto riguarda la residenzialità leggera, la DGR 2633 del 6 dicembre 2011 ha disposto la possibilità di attivare i programmi previsti dall'analisi di fabbisogno effettuata da ogni ASL nel 2011 in coerenza con la DGR 937/2010, ribadendo che gli obiettivi sono il miglioramento dell'appropriatezza delle attività erogate dal sistema di offerta residenziale e il contenimento del ricorso a strutture non a contratto con il SSR, da perseguire anche tramite lo sviluppo di ulteriori e diverse forme assistenziali integrate.

La tabella sotto riportata indica il numero massimo di programmi attivabili, come definito dalle previsioni programmatiche delle ASL. Qualora l'offerta risultasse già incrementata rispetto ai dati relativi al 2010, i programmi attivati nel corso del 2011 dovranno essere sottratti dal numero di programmi di cui sarà possibile chiedere l'attivazione nel 2012.

ASL	PROGRAMMI ATTIVI 2010	PROGRAMMI ATTIVABILI
BERGAMO	0	40
BRESCIA	35	25
COMO	45	11
CREMONA	9	13
LECCO	29	4
LODI	0	5
MANTOVA	20	0
MILANO	75	53
MILANO 1	38	20
MILANO 2	16	20
MONZA BRIANZA	19	9
PAVIA	24	10
SONDRIO	18	6
VALLECAMONICA	0	4
VARESE	26	34
TOTALE	354	254

NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA

Le UONPIA delle Aziende Ospedaliere e degli IRCCS pubblici, attraverso le ASL e dopo approvazione formale da parte dell'Organismo di Coordinamento per la neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, hanno la possibilità di attivare specifici **progetti biennali** per l'area della neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, in un'ottica di integrazione e coordinamento degli interventi tra le diverse strutture di NPIA del territorio.

La presentazione dei progetti per la validazione regionale, siano essi nuovi o prosecuzione di progetti precedentemente avviati, deve avvenire da parte delle ASL **entro il 15 gennaio 2012** secondo le modalità che la DG Sanità indicherà con successiva comunicazione.

Per poter accedere al finanziamento le ASL, entro il 31 marzo, devono sottoscrivere con l'Azienda Ospedaliera o l'IRCCS pubblico capofila dei progetti approvati lo specifico contratto previsto per i progetti di NPIA, che identifica la quota ulteriore, aggiuntiva e non storicizzabile rispetto a quanto contrattualizzato per l'attività ordinaria di NPIA. Inoltre, nel contratto tra ASL ed erogatori che partecipano ai Progetti senza esserne capofila, andrà evidenziato che deve essere garantita la tempestiva attivazione delle azioni previste dai Progetti annuali di Neuropsichiatria Infantile ed il raggiungimento degli obiettivi in essi concordati, in stretto raccordo con la UONPIA capofila.

Si ricorda che i singoli enti partecipanti al progetto anticipano l'utilizzo di risorse, e rendicontano attività e costi alla UONPIA capofila, che a sua volta rendiconta all'ASL territorialmente competente..

Per quanto riguarda inoltre le prestazioni erogate nell'ambito dei progetti di NPIA e contraddistinte nel flusso 28/San dal codice G, è necessario utilizzare un'apposita ricetta, cioè differente da quella relativa alle prestazioni ordinarie. Trattandosi di una necessità meramente amministrativa, il pagamento della quota fissa non è dovuto, essendo già stato considerato nella prescrizione relativa alle prestazioni ordinarie.

Ai sensi di quanto disposto in delibera, si anticipa la tabella di conversione della diagnosi principale ICD10 in ICD9-CM, secondo quanto validato dal Ministero della Salute della Nuova Zelanda.

Ciò si rende necessario, poiché, essendo prevista dalla DGR 6860/2008 la codifica diagnostica in ICD10 multiassiale per le attività territoriali di NPIA, e dalla 28SAN la codifica diagnostica in ICD9 CM, per poter adempiere all'obbligo di indicare la diagnosi nel flusso informativo regionale, la diagnosi principale deve essere transcodificata da ICD10 ad ICD 9CM e tale transcodifica deve poter avvenire in modo univoco per tutte le strutture.

Allegato 14 - Sistema Informativo Socio Sanitario

E' necessario proseguire e completare le attività d'integrazione al SISS dei sistemi informativi degli enti erogatori privati accreditati: è confermata la partecipazione ai costi sostenuti dagli enti erogatori con criteri analoghi agli attuali. Successivamente, con specifici atti, sarà ridefinito il livello di integrazione "essenziale" per le strutture molto piccole.

RETI DI PATOLOGIA

Proseguono i lavori implementazioni delle reti di patologia:

Epinetwork, rete per la cura dell'Epilessia, prosegue l'implementazione del software regionale (SW) predisposto da Lombardia Informatica sugli erogatori lombardi aderenti alla rete Epinetwork;

SIDS, rete per la morte inaspettata del lattante, prosegue la sperimentazione del SW regionale predisposto da Lombardia Informatica presso l'AO Macchi Varese;

Rete Udito, rete per la sordità, prosegue la sperimentazione del SW regionale predisposto da Lombardia Informatica presso l'AO ICP Milano;

Risultato

Procedere nella complessa realizzazione delle reti sopraddette favorendo e facilitando le comunicazioni tra i nodi delle stesse anche attraverso l'utilizzo dei software predisposti da Lombardia Informatica.

Indicatori

Utilizzo dei SW regionali (incremento del numero di pazienti documentati con i SW regionali).

DOCUMENTAZIONE SANITARIA

12.2.4 Sviluppo della rete del sistema Informativo Socio Sanitario per migliorare la qualità dei servizi offerti

Azioni

Proseguimento dei lavori del Gruppo di lavoro istituito con DDG Sanità n. 2919 del 31.03.2011 *“Costituzione del Gruppo di Lavoro previsto dalla DGR n. 1323 del 16.02.2011, ai fini dell’elaborazione del documento “Manuale della Documentazione Sanitaria”* per la redazione del Manuale della documentazione sanitaria di Regione Lombardia.

Risultato

Identificare e denominare i documenti del sistema sanitario (titolario), identificare requisiti di contenuto per alcuni di questi, definire una proposta di tempi di conservazione dei documenti (massimario di scarto).

Indicatori

Pubblicazione del Manuale della Documentazione sanitaria di Regione Lombardia.

Distinti saluti.

(Il Direttore Generale)
Carlo Lucchina



Documento di programmazione e coordinamento dei servizi sanitari e sociosanitari

		Prevenzione	Emergenza	Sub-acuzia	Riabilitazione	Cronicità	
		aree di priorità		per il paziente			
accesso ai servizi							
appropriatezza/efficacia							
continuità delle cure							
interventi di miglioramento		Acquisti	Personale	Patrimonio	ricerca	comunicazione	
		per l'azienda					
		razionalizzazione dei processi					
		integrazione e servizi a rete					
		misurazione e controllo					
interventi di miglioramento		qualità e innovazione					

per ogni intervento si chiede: breve descrizione situazione, obiettivo, azioni, risorse da utilizzare, tempistica, risultati attesi e valutazione scostamento (indicatore iniziale - indicatore finale)