

Alessandro Cè

Gian Carlo Abelli

DETERMINAZIONI IN ORDINE ALLA GESTIONE DEL SERVIZIO SOCIO  
SANITARIO REGIONALE PER L'ESERCIZIO 2006 - (DI CONCERTO CON  
L'ASSESSORE ABELLI)

Cagliani Sara,

Merlino Luca,

Bresciani Luciano,

Macchi Luigi

Perazzo Caterina,

Dotti Carla,

Colombo Cristina,

Petrali Rosella

Carlo Lucchina

Umberto Fazzone

## LA GIUNTA REGIONALE

PRESO ATTO dello scenario istituzionale e normativo e degli elementi di contesto riferiti alla situazione economica, demografica, epidemiologica che caratterizzeranno fortemente il panorama sanitario regionale lombardo nel 2006 in termini di opportunità e vincoli;

VISTI i documenti di programmazione regionale, con particolare riferimento alla programmazione sanitaria approvati dal Consiglio Regionale in data 26 ottobre 2005: PRS e DPEFR 2006-2008;

RICHIAMATA DGR del 3 dicembre 2004 n. VII/19688 ad oggetto : *“Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l’esercizio 2005”* con la quale sono state stabilite le “Regole” per la gestione del sistema socio sanitario regionale per l’anno 2005 nel rispetto della normativa nazionale e regionale e dei provvedimenti nazionali e regionali richiamati nella deliberazione stessa;

RITENUTO per l’anno 2006 di confermare sostanzialmente gli attuali principi di carattere generale, salvo alcuni interventi prioritari di sistema ritenuti fondamentali per la tutela della salute e l’organizzazione sanitaria lombarda che vedranno coinvolte le aziende sanitarie locali e le aziende ospedaliere lombarde, ciascuna per la propria competenza, così come indicato nell’Allegato 1 *“Linee di programmazione e di indirizzo”*, parte integrante del presente provvedimento;

VISTA la legge regionale 11 luglio 1997, n. 31 recante *“Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali”* e s.m.i.;

VISTA la legge 30 dicembre 2004, n. 311 *“Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005)”*;

PRESO ATTO che, ai sensi dell’articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 e in attuazione dell’articolo 1, comma 173, della legge finanziaria 2005 n. 311/2004, in data 23 marzo 2005 in sede di Conferenza Stato-Regioni è stato sottoscritto l’atto di intesa tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano col quale sono stati individuati i nuovi adempimenti a carico delle Regioni per l’accesso al maggior finanziamento delle risorse destinate al Servizio Sanitario Nazionale per gli anni 2005, 2006 e 2007;

PRESO ATTO, altresì, che l’impegno assunto tra Stato e Regioni ha come premessa la garanzia del rispetto del principio della uniforme erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza in condizioni di appropriatezza, di adeguato livello qualitativo e di efficienza, coerentemente con le risorse programmate;

RICHIAMATO l’Accordo collettivo nazionale per la medicina generale approvato dalla Conferenza Stato Regioni in data 23 marzo 2005;

VISTO il D.L. 30 settembre 2005, n. 203, in vigore dal 4 ottobre 2005, *“Misure di contrasto all’evasione fiscale e disposizioni urgenti in materia tributaria e finanziaria”* convertito in legge e recante misure di contrasto all’evasione fiscale, nonché altri interventi urgenti di carattere

finanziario;

VISTO altresì, il DDL riguardante disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge finanziaria 2006);

**RICHIAMATE:**

- la DGR del 5 maggio 2005 n. VII/21477 ad oggetto: “*Direttori Generali aziende sanitarie pubbliche: precisazioni in ordine agli obiettivi aziendali per l’anno 2005 e avvio delle procedure per l’aggiornamento dell’elenco degli idonei alla nomina*”, in particolare l’Allegato 6 con cui sono state definite le modalità attuative e le procedure connesse alla decadenza automatica dei Direttori Generali, di cui all’art. 14, commi 7 ter e 7 quinquies, della l.r. 31/1997 come modificata dalla l.r. 3/2003;
- la DGR del 11 febbraio 2005 n.VII/20592 recante “*Patologie Cardiocerebrovascolari: interventi di prevenzione, diagnosi e cura*”;
- la DGR del 27 giugno 2005 n. VIII/217 recante “*Determinazioni inerenti il Piano Regionale di Prevenzione attiva, ai sensi dell’Intesa fra il Governo ,le Regioni e Province autonome del 23 marzo 2005*”;
- la DGR del 4 agosto 2005 n. VIII/404 recante “*Ulteriori determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l’esercizio 2005*”;

ATTESO che nell’ambito della definizione degli obiettivi economici delle Aziende Sanitarie saranno considerati gli effetti di eventuali nuovi assetti organizzativi.

CONSIDERATO che le risorse nazionali del 2006 non sono state ancora ripartite fra le Regioni e che è in corso di approvazione la Legge Finanziaria 2006, che prevede che le risorse disponibili, a livello nazionale, siano fissate in 89.960 milioni di Euro, cui si dovrebbero aggiungere circa 2 miliardi di euro a titolo di regolazione debitoria per gli anni 2002-2004;

CONSIDERATO che l’allegato n. 2 “Il quadro del sistema per l’anno 2006”, parte integrante del presente provvedimento, definisce l’ammontare e l’allocazione, ancorché in attesa dell’approvazione della Legge Finanziaria 2006, delle risorse nelle diverse tipologie di spesa e la determinazione dei criteri per la definizione degli obiettivi economici per ciascuna azienda, al fine della redazione del bilancio preventivo economico;

STABILITO che il Bilancio preventivo economico 2006 delle aziende ed enti sanitari operanti nel SSR dovrà essere presentato entro il 25 gennaio 2005, in linea con le indicazioni contenute nel predetto allegato n. 2 ed in coerenza con gli obiettivi economici assegnati;

ATTESA la necessità, per quanto riguarda gli obiettivi inerenti gli assetti organizzativi, di proseguire ed estendere i processi di riorganizzazione interna delle Aziende pubbliche, nonché la semplificazione delle procedure amministrative e l’affidamento all’esterno della gestione di servizi

generali non direttamente collegati all'assistenza;

DATO ATTO che le "Regole 2006", come sopra descritte, sono state oggetto di consultazione con le rappresentanze dei soggetti che operano nel servizio sanitario regionale;

RITENUTO pertanto di definire le Regole di gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'anno 2006 e di approvare a tal fine i seguenti allegati, parti integranti del presente provvedimento:

- Allegato 1 "Linee di programmazione e di indirizzo"
- Allegato 2 "Il quadro del sistema per l'anno 2006"
- Allegato 3 "Piani regionali di settore e di sviluppo – Progetti e ricerche"
- Allegato 4 "Tempi di attesa e Accessibilità"
- Allegato 5 "Farmaceutica e Protesica"
- Allegato 6 "Tariffe delle prestazioni di ricovero e cura e di diagnostica e specialistica ambulatoriale"
- Allegato 7 "Indici di offerta – Negoziazione"
- Allegato 8 "Piano dei controlli, Banca Dati Assistito, qualità ed appropriatezza"
- Allegato 9 "Progetto CRS-SISS"
- Allegato 10 "Area organizzazione e personale"
- Allegato 11 "Medicina Convenzionata: MMG, PLS e Continuità Assistenziale"
- Allegato 12 "Le attività di prevenzione medica e veterinaria"

RITENUTO altresì ed in particolare di disporre, per l'anno 2006, fatti salvi i casi definiti nei punti successivi, il blocco dei nuovi accreditamenti nonché degli ampliamenti di accreditamenti delle seguenti unità d'offerta:

- Residenze Sanitario Assistenziali per anziani (R.S.A.)
- Residenze Sanitario Assistenziali per disabili (R.S.D.)
- Hospice
- Centri Diurni Integrati per anziani (C.D.I.)
- Centri Diurni per Disabili (C.D.D.)
- Comunità Socio Sanitarie per disabili (C.S.S.)
- Servizi per le tossicodipendenze ad esclusione dei Servizi Multidisciplinari Integrati;

RITENUTO inoltre, nelle more della prossima programmazione socio sanitaria, di proseguire, nel 2006, l'accreditamento di tutti i servizi realizzati con finanziamenti statali o regionali, per le seguenti unità d'offerta: R.S.A., R.S.D., Hospice, C.D.I., C.D.D., C.S.S., e di continuare, in linea con quanto previsto nella precedente d.g.r. 3 dicembre 2004, n. 19688, gli accreditamenti dei servizi medesimi, limitatamente ai seguenti casi:

Residenze Sanitario Assistenziali per anziani:

1. posti letto realizzati o che verranno realizzati sul territorio della sola città di Milano allo scopo di incrementarne la dotazione, per i quali sia giunta comunicazione del permesso di costruire alla competente Direzione Generale Famiglia e solidarietà sociale entro il 30 settembre 2005, qualunque fosse lo stato di avanzamento dei lavori di edificazione a quella data

Residenze Sanitario Assistenziali per disabili:

1. posti letto derivanti dal compimento del processo di riconversione dei Centri residenziali e degli Istituti educativo assistenziali per handicappati
2. posti letto derivanti da riconversione di Istituti di riabilitazione extraospedaliera ex art. 26, L. 833/78

Centri Diurni Integrati per anziani

1. posti per i quali sia stata presentata domanda di accreditamento, corredata di autorizzazione al funzionamento, da parte dei gestori entro il 31/12/2005, ferma restando la necessità del parere favorevole della A.S.L. o della perizia asseverata

Centri Diurni per Disabili:

1. posti per i quali sia stata presentata domanda di accreditamento, corredata di autorizzazione al funzionamento, da parte dei gestori entro il 31/12/2005, ferma restando la necessità del parere favorevole dell'A.S.L. o della perizia asseverata
2. posti per i quali sia stata presentata domanda di riconversione da parte dei gestori di Centri socio educativi al 31 maggio 2005, ferma restando la necessità del parere favorevole dell'A.S.L. o della perizia asseverata
3. posti previsti come moduli all'interno di Centri socio educativi derivanti da riconversione di Servizi di Formazione all'Autonomia, per i quali i gestori chiedano l'accreditamento e venga espresso parere favorevole all'accreditamento da parte dell'A.S.L. competente o venga redatta perizia asseverata entro il 30 giugno 2006
4. posti derivanti da riconversione di Istituti di riabilitazione extraospedaliera ex art. 26, L. 833/78

Comunità socio sanitarie per disabili:

1. posti per i quali sia stata presentata domanda di accreditamento da parte dei gestori di Comunità alloggio per disabili entro il 31/12/2005 e per le quali venga espresso parere favorevole all'accreditamento da parte della A.S.L. competente o venga redatta perizia asseverata entro la data del 30 giugno 2006
2. posti derivanti da riconversione di Istituti di riabilitazione extraospedaliera ex art. 26, L. 833/78

STABILITO che le strutture di Riabilitazione, già IDR ex art 26, L. 833/78, che a partire dal 17 ottobre 2005 hanno iniziato a presentare istanza di autorizzazione e accreditamento ai sensi della d.g.r. n. 19883/2004 e in base ai volumi di attività riclassificati con d.d.g. n. 11250 del 26/07/2005, debbano sottoscrivere i contratti, sulla base delle indicazioni regionali, con l'A.S.L. competente e che la stessa attiverà con i soggetti accreditati la negoziazione del budget a far tempo dal giugno 2006;

STABILITO altresì che per le stesse sopra indicate strutture di Riabilitazione, ogni A.S.L. debba negoziare con i gestori una quota pari al 4% sul budget per i ricoveri ed una quota pari al 14% sul budget per le prestazioni in regime ambulatoriale, domiciliare e a ciclo diurno continuo;

RITENUTO che per l'attività dei Centri Diurni Integrati per anziani, dei Centri Diurni per disabili e dell'Assistenza Domiciliare Integrata / Voucher socio - sanitario ogni A.S.L. debba negoziare il relativo budget con i gestori;

VALUTATE ed assunte come proprie le predette determinazioni;

A VOTI UNANIMI, espressi nelle forme di legge;

### DELIBERA

Per le motivazioni indicate in premessa e qui integralmente richiamate:

1. di definire le “Regole di gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l’anno 2006” e di approvare a tal fine i seguenti allegati, parti integranti del presente provvedimento:
  - Allegato 1 “Linee di programmazione e di indirizzo”
  - Allegato 2 “Il quadro del sistema per l’anno 2006”
  - Allegato 3 ”Piani regionali di settore e di sviluppo – Progetti e ricerche”
  - Allegato 4 “Tempi di attesa e Accessibilità”
  - Allegato 5 “Farmaceutica e Protesica”
  - Allegato 6 “Tariffe delle prestazioni di ricovero e cura e di diagnostica e specialistica ambulatoriale”
  - Allegato 7 “Indici di offerta – Negoziazione”
  - Allegato 8 “Piano dei controlli, Banca Dati Assistito, qualità ed appropriatezza”
  - Allegato 9 “Progetto CRS-SISS”
  - Allegato 10 “Area organizzazione e personale”
  - Allegato 11 “Medicina Convenzionata: MMG, PLS e Continuità Assistenziale”
  - Allegato 12 “Le attività di prevenzione medica e veterinaria”
2. di disporre per l’anno 2006, fatti salvi i casi definiti nei punti successivi, il blocco dei nuovi accreditamenti nonché degli ampliamenti di accreditamenti delle seguenti unità d’offerta:
  - Residenze Sanitario Assistenziali per anziani (R.S.A.)
  - Residenze Sanitario Assistenziali per disabili (R.S.D.)
  - Hospice
  - Centri Diurni Integrati per anziani (C.D.I.)
  - Centri Diurni per Disabili (C.D.D.)
  - Comunità Socio Sanitarie per disabili (C.S.S.)
  - Servizi per le tossicodipendenze ad esclusione dei Servizi Multidisciplinari Integrati;
3. di proseguire, nel 2006, l’accredito di tutti i servizi realizzati con finanziamenti statali o regionali, per le seguenti unità d’offerta: R.S.A., R.S.D., Hospice, C.D.I., C.D.D., C.S.S., e di continuare, in linea con quanto previsto nella precedente d.g.r. 3 dicembre 2004, n. 19688, gli accreditamenti dei servizi medesimi, limitatamente ai seguenti casi:

Residenze Sanitario Assistenziali per anziani:

- a) posti letto realizzati o che verranno realizzati sul territorio della sola città di Milano allo scopo di incrementarne la dotazione, per i quali sia giunta comunicazione del permesso di costruire alla competente Direzione Generale Famiglia e solidarietà sociale entro il 30 settembre 2005, qualunque fosse lo stato di avanzamento dei lavori di edificazione a quella data

Residenze Sanitario Assistenziali per disabili:

- a) posti letto derivanti dal compimento del processo di riconversione dei Centri residenziali e degli Istituti educativo assistenziali per handicappati
- b) posti letto derivanti da riconversione di Istituti di riabilitazione extraospedaliera ex art. 26, L. 833/78

Centri Diurni Integrati per anziani:

- a) posti per i quali sia stata presentata domanda di accreditamento corredata di autorizzazione al funzionamento da parte dei gestori entro il 31/12/2005, ferma restando la necessità che venga espresso parere favorevole da parte dell'A.S.L. competente o venga redatta perizia asseverata

Centri Diurni per Disabili:

- a) posti per i quali sia stata presentata domanda di accreditamento corredata di autorizzazione al funzionamento da parte dei gestori entro il 31/12/2005, per i quali venga espresso parere favorevole all'accreditamento da parte dell'A.S.L. competente o venga redatta perizia asseverata entro il 30 giugno 2006
- b) posti per i quali sia stata presentata domanda riconversione da parte dei gestori di Centri socio educativi al 31 maggio 2005, per i quali venga espresso parere favorevole all'accreditamento da parte della A.S.L. competente o venga redatta perizia asseverata
- c) posti previsti come moduli all'interno di Centri socio educativi, derivanti da riconversione di Servizi di Formazione all'autonomia, per i quali i gestori chiedano l'accreditamento e venga espresso parere favorevole all'accreditamento da parte dell'A.S.L. competente o venga redatta perizia asseverata entro il 30 giugno 2006
- d) posti derivanti da riconversione di Istituti di riabilitazione extraospedaliera ex art. 26, L.833/78

Comunità socio sanitarie per disabili:

- a) posti per i quali sia stata presentata domanda di accreditamento da parte dei gestori delle Comunità alloggio per disabili entro il 31/12/2005 e per le quali venga espresso parere favorevole all'accreditamento da parte della A.S.L. competente o venga redatta perizia asseverata entro la data del 30 giugno 2006
- b) posti derivanti da riconversione di Istituti di riabilitazione extraospedaliera ex art. 26, L. 833/78 ;

4. di stabilire che le strutture di Riabilitazione, già IDR ex art 26, L. 833/78, che a partire dal 17 ottobre 2005 hanno iniziato a presentare istanza di autorizzazione e accreditamento ai sensi della d.g.r. 19883/2004 e in base ai volumi di attività riclassificati con d.d.g. n. 11250 del 26/07/2005, debbano sottoscrivere i contratti sulla base delle indicazioni regionali, con l'A.S.L. competente e che la stessa attiverà con i soggetti accreditati la negoziazione del budget a far tempo dal giugno 2006;
5. di stabilire altresì che per le stesse sopra indicate strutture di riabilitazione ogni singola A.S.L. debba negoziare con i gestori una quota pari al 4% sul budget per i ricoveri ed una quota pari al 14% sul budget per le prestazioni in regime ambulatoriale, domiciliare e ciclo diurno continuo;
6. di stabilire infine che per l'attività dei Centri Diurni Integrati per anziani, dei Centri Diurni per disabili e dell'Assistenza Domiciliare Integrata / Voucher socio - sanitario, ogni A.S.L. debba negoziare il relativo budget con i gestori;
7. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul B.U.R.L. e sui siti internet delle Direzioni Generali Sanità e Famiglia e Solidarietà Sociale.

IL SEGRETARIO  
Anna Bonomo

## **Allegato 1**

### **Linee di programmazione e di indirizzo**

Per l'anno 2006 si ritiene di confermare sostanzialmente gli attuali principi di carattere generale, salvo alcuni interventi prioritari di sistema di fondamentale importanza per la tutela della salute e l'organizzazione sanitaria lombarda che vedranno coinvolte le aziende sanitarie locali e le aziende ospedaliere lombarde, ciascuna per la propria competenza, così come di seguito precisato:

a. Ruolo delle ASL nei confronti del territorio, come soggetti di coordinamento dei servizi sanitari e socio-sanitari

Le ASL devono sviluppare un coinvolgimento dei soggetti presenti nel territorio relativamente alle scelte programmatiche connesse ai bisogni assistenziali attraverso la valorizzazione del ruolo degli organismi per la partecipazione promuovendo lo sviluppo di contenuti da parte degli stessi.

Il coinvolgimento importante delle istituzioni territoriali, in particolare dei Comuni, che hanno tra le proprie funzioni il compito di interpretare i bisogni di assistenza della propria collettività, deve essere "responsabilizzato" in funzione delle risorse a disposizione dalle aziende sanitarie, fatta salva la facoltà dei Comuni interessati di intervenire con risorse proprie.

A tale proposito ciascuna ASL nell'anno 2006 dovrà predisporre un documento programmatico denominato "*Programmazione e coordinamento dei servizi sanitari e socio sanitari*" nel quale saranno indicate le politiche adottate dalla ASL stessa in campo ospedaliero, ambulatoriale, dei servizi territoriali, dei servizi socio sanitari e le correlate risorse disponibili. Le ASL presenteranno agli Enti Locali il documento entro il 20.01.2006 in modo che gli stessi possano disporre del tempo per la consultazione.

Tale documento, oltre a dare evidenza della reale dimensione complessiva dell'azienda, dovrà essere articolato per distretti in modo che siano espliciti per ciascun distretto:

- Il livello di servizio programmato e il servizio storicamente determinato
- Le risorse disponibili
- Le innovazioni di servizio proposte che saranno implementate nell'anno
- Il ruolo degli erogatori pubblici e privati
- Il collegamento tra i servizi al fine della continuità assistenziale
- Le priorità di intervento.

Il documento dovrà contenere una analitica evidenziazione per distretto della domanda e del livello di servizio erogato anche al fine di mettere in luce le variazioni di servizio proposte in sede programmatica

Per l'attuazione di quanto sopra, la Direzione Generale Sanità e la Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale entro il mese di Dicembre 2005, provvederà alla definizione di ulteriori specifiche indicazioni per la redazione del documento programmatico, secondo gli indirizzi e le linee guida riportate negli allegati del presente provvedimento, contestualmente all'indicazione della struttura di riferimento e le modalità da porre in essere per avviare la consultazione degli organismi di partecipazione che saranno tenuti ad esprimere un parere obbligatorio ma non vincolante.

b. Sviluppo dei rapporti tra ASL ed erogatori

Le ASL saranno chiamate a rafforzare il proprio ruolo attraverso politiche in grado di migliorare il collegamento del bisogno di salute con l'offerta di servizi sanitari, concretizzando gli interventi di Programmazione, Acquisto e Controllo nel rispetto di quanto stabilito dalla l.r. 31/97 e s.m.i.

Pertanto, nel 2006, saranno fortemente responsabilizzate su: analisi dei bisogni; definizione delle aree problematiche di intervento; individuazione dei livelli di attività programmata per i servizi sanitari; contrattazione con gli erogatori pubblici e privati del livello di attività specialistica ambulatoriale atteso e il relativo finanziamento; budget di distretto con i MMG e PLS; messa in campo di progetti e programmi di coordinamento tra gli erogatori; finanziamento di progetti e programmi di coordinamento in attuazione degli specifici piani di settore.

In tale direzione le ASL concretizzeranno l'attività programmatoria a livello territoriale, in stretto raccordo con la Direzione Generale Sanità e la Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale, coinvolgendo in modo più diretto i vari soggetti presenti sul territorio e consentendo alla Regione di sviluppare il proprio ruolo di indirizzo e controllo.

Per l'attuazione di quanto sopra la Direzione Generale Sanità e la Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale, entro il mese di Dicembre 2005, provvederanno alla definizione di ulteriori specifiche indicazioni per la redazione del documento programmatico, secondo gli indirizzi e le linee guida riportate negli allegati del presente provvedimento riguardo ai criteri di riferimento per la contrattazione delle risorse e il budget di distretto, contestualmente alla previsione di momenti regionali di confronto tra il *management* delle ASL per area di intervento.

Le ASL svilupperanno le suddette indicazioni regionali traducendole in specifici programmi e rispondendo del livello dei costi sostenuti, previo confronto e monitoraggio con le rappresentanze istituzionali del territorio.

c. Aziende Sanitarie Locali - Coinvolgimento Medici di Medicina Generale, Medici Specialisti e Operatori – appropriatezza del sistema erogativo

Nel 2006 proseguirà l'attività, avviata nel 2005, con i medici di medicina generale, i medici specialisti (oncologi, fisiatri, cardiologi, riabilitatori, ecc..) e tutti gli operatori del sistema per coinvolgerli sempre di più nel governo non solo della propria specialità ma di tutto il sistema.

A tale proposito il documento di “*Programmazione e coordinamento dei servizi sanitari e socio sanitari*” conterrà non solo analisi e indirizzi generali, ma anche dati riferiti ai livelli di attività storica e programmata, progetti specifici che sappiano esprimere in modo esplicito miglioramento dei servizi, coordinamento tra i servizi, potenziamento delle attività (ad es.: appropriatezza dei ricoveri, protocolli di appropriato uso del farmaco, progetti di continuità assistenziale, progetti di prevenzione primaria e secondaria, ecc..).

Per migliorare l’appropriatezza dei servizi erogati da tutti gli accreditati pubblici e privati si prevedono due interventi progettuali di sistema: realizzare un sistema di controlli efficaci e individuare un insieme di azioni che disincentivino l’inappropriatezza.

Per l’attuazione di quanto sopra, la Direzione Generale Sanità e la Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale produrranno entro il mese di Dicembre 2005 eventuali ulteriori indicazioni in coerenza con gli indirizzi e le linee guida riportate nello specifico allegato del presente provvedimento.

#### d. Aziende Ospedaliere - Coinvolgimento Medici Specialisti e Operatori

Il coinvolgimento dei medici specialisti e operatori da parte delle Aziende Ospedaliere permetterà di misurare l’appropriatezza ed i risultati dell’operare medico attraverso la definizione *ex-ante* di indicatori di organizzazione.

Il coinvolgimento degli organismi di partecipazione quali Collegio di Direzione e Consiglio dei Sanitari sarà attuato mediante richiesta da parte del Direttore Generale dell’azienda di espressione di pareri sugli atti aziendali strategici quali:

- budget aziendale
- bilancio
- piani di organizzazione
- piani di assunzione
- scelte di investimento
- apparecchiature

Detto parere deve essere rilasciato dal Collegio di Direzione e dal Consiglio dei sanitari di norma entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta da parte del Direttore Generale, fatte salve eventuali richieste di espressione di parere urgente, adeguatamente motivate.

L’eventuale discostamento da parte del Direttore Generale sul parere espresso dagli organismi di partecipazione, o la mancata richiesta del parere, dovrà essere adeguatamente motivato dal Direttore stesso.

Sui suddetti provvedimenti strategici, prima della assunzione definitiva da parte del Direttore dell’AO dovrà essere acquisito il parere di coerenza con la programmazione sanitaria regionale e di congruità rispetto alle regole di sistema, salvo i casi già espressamente disciplinati da norme nazionali e regionali.

Le AO provvederanno all’attivazione di adeguati canali di informazione sulle attività svolte e sui costi sostenuti al fine di favorire processi di *benchmarking* in grado di

stimolare i professionisti a confrontarsi e a indicare metodi di miglioramento della qualità.

Per l'attuazione di quanto sopra, la Direzione Generale Sanità provvederà alla definizione di eventuali ulteriori specifiche indicazioni entro il mese di Dicembre 2005.

e. Razionalizzazione dei processi di spesa delle Aziende Ospedaliere

Nel 2006 si proseguirà nell'obiettivo di razionalizzare i processi di spesa di produzione unitari delle diverse aziende ospedaliere; tale indirizzo si sposa con l'assunzione, da parte delle Aziende Ospedaliere, della figura sempre più specifica di produttore di servizi sanitari e conseguentemente con l'equilibrio economico rispettato sulla pre-determinazione delle entrate, anche con la riallocazione delle stesse su dati aggiornati con risultanze neutre sul sistema, e non più sui costi.

Saranno pertanto definite dalla Direzione Generale Sanità, entro il mese di Dicembre 2005, indicazioni di raffronto fra le aziende ospedaliere che, oltre a considerare un livello atteso di costo, determinino dei livelli attesi di produttività e di attività indispensabili per valutare il potenziale equilibrio delle attività aziendali.

f. Codice etico-comportamentale

Con DGR dell'11 giugno 2004, n. VII/17864 si è dato avvio, in via sperimentale, al progetto riguardante l'introduzione nelle aziende sanitarie pubbliche lombarde di un codice etico-comportamentale, mutuando i contenuti del D.Lgs 231/2003, per valutare la possibilità di adozione di modelli organizzativi e "comportamenti" finalizzati al miglioramento del sistema e ad un più efficace controllo del sistema stesso.

La sperimentazione ha coinvolto tre aziende sanitarie pubbliche: due Aziende Ospedaliere (Lodi e Busto Arsizio) e una Azienda Sanitaria Locale (Lecco) sulle seguenti macro aree meritevoli di analisi:

- AO Lodi: acquisizione di beni e servizi e la gestione del magazzino
- AO Busto Arsizio: farmaceutica e reclutamento e gestione del personale
- ASL Lecco: acquisizione di beni e servizi e farmaceutica.

Nel 2006 si completerà e svilupperà tale progetto con l'obiettivo di estenderlo gradualmente ad altre strutture sanitarie pubbliche lombarde.

A partire dal 2007 il codice etico-comportamentale dovrà essere adottato obbligatoriamente da tutte le Aziende Sanitarie Locali e le Aziende Ospedaliere

## **Allegato 2**

### **Il quadro del sistema per l'anno 2006**

L'anno 2006 si configura come il primo anno di una nuova fase nei rapporti tra Stato e Regioni in materia di sanità.

L'intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005, infatti, in stretta continuità con quanto definito nella legge n. 311/2004 traccia un quadro sempre più chiaro dei rapporti tra Stato e Regioni nella programmazione finanziaria della spesa sanitaria e soprattutto nel raggiungimento degli obiettivi di finanza pubblica, ai fini del contenimento della dinamica dei costi.

L'accordo deve essere visto in un contesto normativo, soprattutto in termini di rapporti Stato Regioni, sensibilmente innovato dalle norme costituzionali già in vigore (nuovo testo del Titolo V della Costituzione della Repubblica) e da norme sempre costituzionali approvate dal Parlamento. In queste norme la materia di maggiore rilevanza sia dal punto di vista dell'impatto sulla vita dei cittadini sia da quello strettamente economico è certamente la sanità.

Il disegno di legge della Finanziaria 2006, attualmente in discussione in Parlamento, delinea una sorta di continuità con quanto stabilito dalla legge n. 311/2004 confermando le risorse disponibili per l'anno 2006 in 89,960 miliardi di euro e definendo alcune ulteriori regole per l'accesso alle risorse disponibili che già innovano il contenuto dell'Intesa del 23 marzo 2005.

Come sopra ricordato l'accesso a tali risorse da parte della Regione Lombardia, come delle altre Regioni, è condizionato al rispetto di molteplici adempimenti definiti nella normativa vigente e ulteriormente implementati dalla Legge finanziaria in discussione. In particolare il disposto della legge n. 311/2004 prevede che in caso di mancato adempimento da parte delle Regioni agli obblighi previsti è precluso l'accesso alla quota di finanziamento assegnata con conseguente immediato recupero delle somme eventualmente erogate; la quota di finanziamento sottoposta alla suddetta verifica è decisamente significativa in quanto è relativa a circa il 5% del finanziamento complessivo. In relazione al presente atto è opportuno evidenziare gli attuali adempimenti, in estrema sintesi, in quanto coinvolgono tutti gli attori del Servizio Sanitario Regionale:

- Mantenere la stabilità e l'equilibrio di gestione del servizio sanitario regionale, tramite misure di contenimento della spesa;
- Adempiere alle disposizioni in materia di acquisto di beni e servizi;
- Adempiere agli obblighi informativi sul monitoraggio della spesa relativi all'invio al Sistema Informativo Sanitario dei modelli CE, SP, CP ed LA;
- Adeguarsi alle prescrizioni del patto di stabilità interno;

- Mantenere l'erogazione delle prestazioni ricomprese nei L.E.A;
- Adottare i criteri e le modalità per l'erogazione delle prestazioni che non soddisfano il principio di appropriatezza organizzativa e di economicità nella utilizzazione delle risorse;
- Attuare le adeguate iniziative per il contenimento delle liste di attesa, dirette a favorire lo svolgimento, presso gli ospedali pubblici e privati accreditati, di accertamenti diagnostici in maniera continuativa;
- Adottare i provvedimenti diretti a prevedere la decadenza automatica dei direttori generali nell'ipotesi di mancato raggiungimento dell'equilibrio economico delle aziende sanitarie ed ospedaliere;
- Attivare sul proprio territorio il monitoraggio delle prescrizioni mediche, farmaceutiche, specialistiche ed ospedaliere nonché la trasmissione telematica al Ministero dell'economia e delle finanze di copia dei dati;
- Adottare tutti i provvedimenti affinché le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico comunichino immediatamente al Ministero dell'economia e delle finanze i dati relativi alla consegna dei ricettari;
- Ripianare il 40 % del superamento del tetto per la spesa farmaceutica, attraverso l'adozione di specifiche misure in materia farmaceutica;
- Adottare una contabilità analitica per centri di costo e responsabilità che consenta analisi comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati delle aziende sanitarie;
- Adottare provvedimenti che prevedano uno standard di posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale non superiore al 4,5 per mille abitanti comprensivi della riabilitazione e della lungodegenza post-acuzie, standard da raggiungere entro il 2007;
- Adottare provvedimenti che promuovano il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno e il potenziamento di forme alternative al ricovero al fine di mantenere entro il 2007 il tasso di ospedalizzazione per ricoveri ordinari e diurni entro il 180 per mille abitanti residenti;
- Adottare il Piano regionale sulla Prevenzione in raccordo alle linee di indirizzo nazionali in materia;

A tale elenco il disegno di legge finanziaria per l'anno 2006 aggiunge altre voci integrando quindi gli adempimenti cui le Regioni sono tenute per lo svincolo delle risorse economiche previste. In particolare il disegno di legge finanziaria destina risorse per 2 miliardi di euro alla regolazione debitoria dei disavanzi delle regioni per gli anni 2002-2004 vincolando l'accesso come segue : definizione di apposita intesa Stato Regioni che preveda l'elenco delle prestazioni per le quali è fissato il tempo massimo di attesa, le misure previste in caso di superamento di tali tempi nonché la determinazione delle risorse da destinare a tale progettualità anche per la realizzazione dei CUP.

Tali indicazioni sono evidentemente soggette all'iter di approvazione della legge e necessariamente si dovrà prevedere l'avvio delle azioni solo conseguentemente all'approvazione definitiva della legge finanziaria 2006, anche se si ritiene utile citarle al fine di meglio delineare lo scenario complessivo nel quale si trova ad operare il sistema sanitario regionale.

Nel corso dell'anno 2004 sono entrate in vigore diverse normative che continuano a produrre effetti anche per l'anno 2006. In particolare si richiamano il DL n. 168/2004 "Interventi urgenti per il contenimento della spesa pubblica", che è stato convertito con modificazioni dalla Legge 30 luglio 2004 n. 191, che prevede rilevanti azioni per la programmazione e il contenimento della spesa sanitaria e il DL n. 156/2004 "Interventi urgenti per il ripiano della spesa farmaceutica" convertito nella L. n. 202 del 2 agosto 2004.

Si deve inoltre segnalare l'adozione del DL 30 settembre 2005 n. 203 relativo alla contabilizzazione delle applicazioni contrattuali.

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

Le risorse nazionali del 2006 non sono state ancora oggetto di riparto fra le regioni e nel presente atto si ritiene di procedere ad una stima delle risorse complessive disponibili applicando l'incremento desumibile dal disegno di legge finanziaria attualmente in discussione alle risorse definite per l'anno 2005; con tale processo di stima le risorse complessive disponibili sono ad oggi stimabili in 13.900 milioni di euro circa, oltre le entrate proprie delle aziende, con riserva di procedere a eventuali integrazioni quando sarà approvato il definitivo riparto tra le regioni.

Tenendo conto di queste premesse, le risorse sopra definite e destinate al finanziamento del servizio sanitario regionale sono riferite per 13.630 milioni di Euro circa al finanziamento indistinto comprensivo delle risorse destinate al riconoscimento delle prestazioni per cittadini di altre regioni e per 270 milioni di Euro, quale stima sulla base dei dati storici, al finanziamento per obiettivi del Piano sanitario e per spese vincolate.

Le risorse sopra definite saranno utilizzate dal Servizio Sanitario Regionale per soddisfare i bisogni sanitari dei cittadini lombardi che necessitano di assistenza nel territorio della Regione, nelle altre regioni italiane e all'estero sulla base delle normative regionali, nazionali, dell'Unione europea e internazionali vigenti.

Pertanto la Regione Lombardia, sulla base dei dati disponibili riferiti all'anno 2005 ancora in corso, ripartisce le risorse sopra definite, al netto del finanziamento

necessario a garantire alle strutture erogatrici di servizi le risorse finanziarie per l'assistenza ai cittadini italiani di altre regioni pari a 500 milioni di euro, e comprensive di quelle relative agli stranieri dell'Unione europea e agli altri cittadini stranieri che possono usufruire dei servizi sanitari ai sensi delle normative vigenti, nei tre livelli di assistenza individuati dal Piano Sanitario Nazionale con riserva di eventuali modifiche e/o integrazioni derivanti dall'approvazione del PSN 2006/2008.

<b>livello essenziale di assistenza</b>	<b>Risorse disponibili</b>	<b>Incidenza programmata</b>
<b>1 - Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro</b>	<b>670</b>	<b>5,00%</b>
<b>2 - Assistenza distrettuale</b>	<b>6.834</b>	<b>51,00%</b>
<b>3 - Assistenza ospedaliera</b>	<b>5.896</b>	<b>44,00%</b>
<b>TOTALE</b>	<b>13.400</b>	<b>100,00%</b>
Saldo di mobilità attiva per cittadini fuori regione	<b>500</b>	
<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>	<b>13.900</b>	

Nell'ambito di tale schema sintetico di programmazione la Regione procede al finanziamento delle ASL attraverso la definizione di una quota capitaria da ripartire con criteri di seguito descritti. Con tali risorse le ASL sono tenute a garantire l'assistenza sanitaria dei cittadini residenti nel territorio di competenza.

Nella considerazione che il Sistema Sanitario regionale lombardo ha negli ultimi anni raggiunto e mantenuto un equilibrio strutturale dall'anno 2006 si ritiene opportuno e necessario introdurre innovazioni nella direzione di una maggiore responsabilizzazione di tutti gli attori del sistema e in particolare aumentando i livelli di responsabilità a livello locale a partire soprattutto dalle ASL nel rispetto dei principi già definiti dalla LR n. 31/97, quindi definendo un loro ruolo sempre più incisivo nella programmazione territoriale, nella negoziazione e nel controllo, mentre per le AO un obiettivo di equilibrio economico basato sui ricavi.

In tal modo le aziende si riappropriano di una maggiore autonomia loro concessa dalla legge e dagli statuti e della conseguente e più marcata responsabilità sulle attività connesse.

## 1) Aziende Sanitarie Locali

Le ASL, ai sensi delle norme vigenti e nell'ambito del quadro di risorse delineato con il presente provvedimento e con gli atti applicativi conseguenti, sono tenute a garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza per i propri cittadini. A tal fine saranno finanziate con l'assegnazione della quota capitaria pro-capite/residente.

Nell'anno 2006 si avvierà un percorso di razionalizzazione tra la base di partenza rappresentata dal livello di costo storico e la media regionale pro-capite, realizzando un avvicinamento progressivo delle ASL maggiormente distanti. Tale operazione è da intendersi come inizio di un percorso da completarsi nella legislatura.

Per l'anno 2006 i contratti relativi alle prestazioni di ricovero, in relazione alle interconnessioni territoriali della molteplicità degli erogatori, saranno ancora coordinati dalle linee di indirizzo della Direzione Generale Sanità, fatto salvo quanto riferito al successivo allegato 7.

Il governo della specialistica, invece, sarà sostanzialmente affidato alle ASL. In proposito si richiama il contenuto dell'allegato n. 7 del presente provvedimento precisando che le ASL non potranno diminuire la destinazione di tali risorse (ricoveri e specialistica) a meno di documentata e manifesta inappropriata delle prestazioni erogate e di documentata riduzione della domanda nel rispetto del monitoraggio e miglioramento dei tempi di attesa. Solo in questi ultimi casi le risorse saranno disponibili

## 2) Aziende Ospedaliere

Anche gli obiettivi economici delle AO per l'anno 2006 saranno definiti a partire dalla valutazione delle attività rese e quindi dalla puntuale quantificazione dei ricavi aziendali. Tale innovazione consente di aumentare la responsabilità gestionale affidata ai Direttori Generali che sono tenuti a perseguire obiettivi di equilibrio strutturale delle loro aziende.

La nuova modalità di definizione degli obiettivi valorizzerà evidentemente le politiche di razionalizzazione dei costi determinando situazioni virtuose che porteranno stimoli al miglioramento in tutte le strutture ospedaliere pubbliche, tese ad aumentare il grado di autonomia economico-finanziaria del Bilancio aziendale.

La regola di sistema che rende certe le risorse per ricoveri, specialistica, ecc. permette nel 2006 di mettere preventivamente a contratto le voci di ricavo delle AO (ricoveri, specialistica, psichiatria, file F ecc.) che, sommate alle ulteriori quote di contributo finanziate dal sistema e le entrate proprie, rappresentano il monte di risorse disponibili per il funzionamento delle attività.

Lo sviluppo dei costi conseguenti, nel rispetto delle normative vigenti e delle linee guida in materia contabile che qui si richiamano integralmente e in particolare nel rispetto del principio della competenza economica, resta affidato all'autonomia aziendale, ovviamente nell'ambito dell'equilibrio fra le varie voci (personale, beni e servizi, ecc.) ivi compresa la responsabilità di prevedere i necessari accantonamenti per il rinnovo dei contratti.

Nel quadro sopradescritto la responsabilità gestionale diretta dei Direttori Generali sulla crescita dei costi assume, quindi, una rilevanza nuova rispetto agli anni scorsi.

Nell'ambito dello schema sintetico di programmazione, di cui sopra, la Regione procede al finanziamento delle ASL attraverso la definizione di una quota capitaria .

Per la definizione della quota capitaria la Regione procede ad accantonare le risorse da destinare con successivi provvedimenti al finanziamento di spese accentrate regionali e di altre voci di spesa specifiche che non attengono al finanziamento per quota capitaria :

- a) fino a 150 milioni di Euro per far fronte alle spese dirette regionali sostenute per conto del SSR;
- b) fino a 481 milioni di Euro per remunerare le funzioni sanitarie non tariffabili, rinviando a successivo provvedimento l'assegnazione alle aziende ed enti sanitari;
- c) fino a 80 milioni di Euro per la remunerazione delle prestazioni sanitarie a favore dei dimessi dagli ex OP;
- d) 500 milioni di Euro per il pagamento dei ricoveri attivi, per cittadini non lombardi, agli erogatori situati sul territorio della Lombardia; tale importo rappresenta il saldo rispetto ai ricoveri e alle altre prestazioni passive a carico delle rispettive ASL di cittadini lombardi che usufruiscono di prestazioni al di fuori della Regione Lombardia;
- e) 1.218 milioni di Euro da destinare all'Assistenza socio-sanitaria integrata;
- f) fino a 250 milioni di Euro da destinare a progetti obiettivo di interesse nazionale e regionale, in relazione al contenuto dell'accordo Stato Regioni del 1 luglio 2004 e Intesa Stato Regioni 23 marzo 2005, rinviando a successivi provvedimenti l'assegnazione alle aziende sanitarie;
- g) fino a 195 milioni di Euro quale fondo regionale per dare attuazione alle misure previste dal PSSR in materia di revisione della rete ospedaliera e dei poliambulatori, per consentire alle aziende sanitarie pubbliche il mantenimento dei livelli assistenziali e per l'assistenza sanitaria ai cittadini stranieri che possono usufruirne ai sensi delle normative vigenti;
- h) fino a 30 milioni di euro quale fondo per contributi di investimento da destinare a politiche di adeguamento e riorganizzazione strutturale delle aziende sanitarie pubbliche al fine di poter migliorare quali/quantitativamente l'offerta di servizi sanitari anche alla luce delle specifiche esigenze territoriali che le ASL evidenzieranno nell'analisi della domanda di servizi proveniente dai rispettivi territori;

- i) fino a 100 milioni di euro quale fondo regionale, stimato sulla base dei dati storici in attesa degli specifici provvedimenti ministeriali di assegnazione, relativo alle quote di EX FSN definite vincolate (veterinaria, legge 210/92.....); tale fondo sarà poi assegnato alle singole aziende sanitarie attraverso specifici provvedimenti regionali;
- j) fino a 50 milioni di euro quale accantonamento teso a sviluppare e coordinare a livello regionale le campagne di screening sulla popolazione lombarda promosse dalle singole ASL della Regione;
- k) 54 milioni di Euro quale fondo da destinare all'ARPA (Agenzia Regionale per la Protezione dell'Ambiente);
- l) fino a 25 milioni di Euro per l'avvio di nuove iniziative in materia di prevenzione (malattie infettive, vaccini, stili di vita, tubercolosi, amianto, .....);
- m) fino a 110 milioni di Euro da destinare all'implementazione delle reti informatiche;
- n) fino a 135 milioni di euro quale accantonamento teso ad avviare e ulteriormente implementare i Piani regionali : Oncologico, cardio-cerebro-vascolare, CUP regionale, psichiatria, riabilitazione, neuropsichiatria infantile, sicurezza luoghi di lavoro;
- o) fino a 10.522 milioni di Euro ripartiti fra le ASL, anche tenendo conto della necessità di garantire l'equilibrio economico di sistema per l'esercizio 2006, in relazione ai 3 livelli essenziali di assistenza utilizzando per ogni livello i seguenti criteri :

Alla definizione della quota capitaria per ASL concorrono tre criteri:

1. criterio storico. Viene assegnato per questa voce il 92% delle risorse di sistema per l'anno 2006. Per l'attribuzione alle ASL di tale quota viene utilizzata la struttura della spesa storica con i suoi criteri consolidati di pesatura (mortalità, consumi per fasce di età .....);
2. criterio demografico. Viene assegnato per questa voce il 6,5% delle risorse di sistema disponibili per l'anno 2006. Per l'attribuzione alle ASL di tale quota sono utilizzati due criteri: a) la % di popolazione residente con età superiore ai 65 anni; b) la frequenza di popolazione residente con problemi sanitari cronici così come emerge dalla banca dati degli assistiti. Per ciascuno dei due criteri viene utilizzata la media degli scostamenti pesati delle frequenze rispetto ai valori medi regionali;
3. criterio geografico. Viene assegnato per questa voce il 1,5% delle risorse di sistema disponibili per l'anno 2006. Per l'attribuzione alle ASL di tale quota sono utilizzati due criteri: a) la densità abitativa; b) la distribuzione della popolazione in funzione dell'altimetria. Per ciascuno dei due criteri viene utilizzata la media degli scostamenti rispetto ai valori medi regionali secondo il principio di pesare maggiormente i territori con maggiore altitudine e con minore densità abitativa;

L'obiettivo di legislatura deve portare alla determinazione della quota capitaria per costo medio regionale per grandi categorie epidemiologiche e dovrà anche tenere conto della parametrizzazione sui livelli di appropriatezza e sui livelli quali-quantitativi di soddisfacimento dei bisogni sanitari. Il progetto dovrà avere il contributo di tutte le rappresentanze del mondo sanitario (società scientifiche, Università, forze sociali ecc.).

La quota capitaria sarà assegnata ad ogni singola ASL con Decreto del Direttore Generale Sanità di definizione degli obiettivi economici in coerenza con i criteri sopradescritti tenendo conto della necessità di garantire l'equilibrio economico di sistema per l'esercizio 2006.

Si stabilisce inoltre:

- le risorse regionali disponibili per la contrattazione delle prestazioni di ricovero, fino a 4.871 milioni di Euro.
- le risorse regionali disponibili per la contrattazione dell'attività ambulatoriale e di diagnostica strumentale, fino a 1.393 milioni di Euro. Le risorse regionali, come sopra definite, non comprendono le attività di screening e di neuropsichiatria infantile che dovranno essere documentate attraverso i flussi informativi in essere.
- Il tetto della spesa farmaceutica territoriale, in applicazione della L. n. 405/2001 e L.n. 326/2003, è sottoposto a monitoraggio da parte dell'AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco) nella misura del 13% della spesa sanitaria; tale vincolo normativo viene valutato al lordo degli effetti del D.L. n. 156/04 convertito in L. n. 202/04 e al netto della compartecipazione dei cittadini definita a livello regionale ed è collegato con gli adempimenti connessi all'erogazione delle risorse stanziare per l'anno 2006; ai sensi del disposto della L. n. 326/2003 per il 2005 è stabilito un tetto del 16% tendenziale per la spesa farmaceutica complessiva; in tale tetto sono altresì compresi, in aggiunta alla farmaceutica territoriale, i costi relativi ai farmaci erogati dalle Aziende Ospedaliere e dalle ASL in regime di assistenza distrettuale, residenziale e di ricovero ospedaliero; si precisa che gli obiettivi specifici alle singole ASL e alle Aziende Ospedaliere saranno forniti contestualmente agli obiettivi economici; il tetto regionale per la spesa farmaceutica, come sopra definita viene determinato fino a 2.308 milioni di Euro.

Con appositi Decreti a firma del Direttore Generale Sanità acquisito il parere del Direttore Generale Famiglia e solidarietà sociale e del Direttore Centrale Programmazione Integrata per le Aziende sanitarie Locali e a firma del Direttore Generale Sanità acquisito il parere del Direttore Centrale Programmazione Integrata per le Aziende Ospedaliere saranno definiti gli specifici obiettivi economici, coerenti con quanto disposto dalla presente deliberazione.

Le scelte strategiche delle aziende AO e ASL che impegnano il sistema a lungo termine e/o che hanno valenza trasversale sui punti di erogazione ( ad esempio costruzioni nuovi ospedali o ristrutturazioni significative e/o lay-out dei nuovi ospedali, servizi interaziendali – 118 -) devono essere preventivamente validati a livello programmatico dalla Direzione Generale Sanità indipendentemente dagli adempimenti procedurali connessi all'approvazione dei progetti e dei decreti di finanziamento, nell'ottica di un governo delle decisioni strutturali che interessano il sistema sanitario lombardo. Peraltro anche l'applicazione delle disposizioni della presente deliberazione consiglia la creazione di un tavolo di monitoraggio composto da rappresentanti della Direzione Generale Sanità e delle Direzioni Centrali e Direzioni Generali trasversalmente competenti nei vari aspetti del sistema.

Per l'anno 2006 relativamente all'assistenza riferita alla neuropsichiatria infantile, sarà riproposta, con il coordinamento della Direzione Generale Sanità, la contrattazione tra le ASL e i soggetti erogatori.

I Direttori Generali delle Aziende sanitarie, in occasione delle certificazioni trimestrali ai sensi della L.R. n. 26/01, nonché dell'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005, sono tenuti a rispettare puntualmente i tempi di invio e ad attenersi scrupolosamente alle linee guida in materia contabile emanate dalla Direzione Generale Sanità, prefigurando in ogni trimestre il reale andamento gestionale a fine anno, al fine di consentire un preciso monitoraggio dell'andamento della spesa sanitaria regionale e di consentire, ove necessario, interventi correttivi da parte della Regione.

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

In relazione al contenuto della L.R. n. 16 del 14 agosto 2003 in materia di anticipazioni finanziarie si precisa che le ASL, le AO e gli IRCCS nell'anno 2006 saranno tenuti a concordare con la Direzione Generale Sanità specifici programmi trimestrali di cassa (budget di cassa) compatibili con le disponibilità finanziarie regionali e quindi definendo anche l'eventuale accesso alle anticipazioni di tesoreria.

In relazione alla necessità di un puntuale coordinamento regionale nella gestione dell'erogazione delle prestazioni soggette a contrattazione tra le ASL e gli erogatori pubblici e privati quali ricoveri e ambulatoriale le ASL dovranno ritenere eventuali risparmi per tali voci di costo indisponibili per la copertura di altre voci di spesa, salvo quanto precisato al precedente punto 1) (ASL)

A partire dall'anno 2006 per la spesa farmaceutica si precisa che eventuali risparmi dovuti ad effetti di norme nazionali o regionali sono da considerare indisponibili; mentre i risparmi derivanti dalle azioni di governo poste in essere dalle ASL potranno essere utilizzati con diversa finalità. La valutazione degli effetti avverrà attraverso una metodologia uniforme che la Direzione Generale Sanità comunicherà alle ASL nel corso del primo trimestre dell'anno 2006.

Nell'ambito della definizione degli obiettivi economici delle Aziende Sanitarie saranno considerati gli effetti di eventuali nuovi assetti organizzativi derivanti anche dall'avvio/consolidamento di sperimentazioni gestionali.

Le linee operative per il finanziamento delle aziende sanitarie dell'anno 2006 saranno declinate nei singoli decreti di assegnazione degli obiettivi sopra citati. In questa sede si definiscono i principi base ai quali si dovranno attenere tutte le aziende sanitarie pubbliche.

In tema di ricavi da inserire nel Bilancio preventivo 2006 le aziende sanitarie dovranno porre la massima attenzione alla precisa distinzione nella classificazione delle poste di bilancio distinguendo in particolare la natura pubblico/privato delle stesse e all'interno della natura pubblico differenziare precisamente le poste provenienti da enti pubblici diversi dalla Regione Lombardia.

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

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

Le aziende che chiudano l'esercizio in utile possono destinare tali risorse nel rispetto di quanto previsto dalla L.R. n. 31/1997 e successive integrazioni e modifiche.

Nel caso di prestazioni/servizi tra aziende sanitarie pubbliche occorre che venga garantita la piena corrispondenza di importo e di competenza con i costi delle aziende interessate. Tale presupposto è infatti essenziale per la garanzia di mantenimento dell'equilibrio economico finanziario del Sistema Sanitario Regionale.

Con riferimento ai Contributi in c/esercizio nell'ambito dei decreti di assegnazione degli obiettivi saranno date indicazioni in relazione al finanziamento delle Funzioni connesse ad attività non tariffate.

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

Nell'ambito delle risorse definite con il presente atto, in sede di definizione degli obiettivi economici saranno assegnati i contributi regionali per l'anno 2006 riferiti agli accantonamenti di sistema come sopra in dettaglio riportati.

Relativamente al versante costi, nel ricordare alle aziende il rispetto di tutte le normative vigenti e dei principi contabili, anche in relazione al contenuto del DL n.

203/2005 si fa presente che tutti i costi dovranno essere rilevati secondo il criterio di competenza economica con particolare riferimento agli oneri relativi alle applicazioni contrattuali e convenzionali del biennio 2006/2007.

Anche alla luce del quadro innovato di regole sopra definito diviene fase particolarmente rilevante nel processo di programmazione regionale l'approvazione dei Bilanci preventivi delle aziende sanitarie in tempi congrui a fornire un quadro di equilibrio certo a tutto il sistema sanitario regionale. I Bilanci preventivi economici anno 2006 dovranno essere approvati, in relazione ai contenuti del presente atto e delle linee di indirizzo operative conseguenti, nonché degli obiettivi economici assegnati entro il 31 gennaio 2006. Tali regole sono estese anche agli IRCCS di diritto pubblico.

I Bilanci inviati al controllo della Giunta regionale dovranno contenere una specifica relazione accompagnatoria che in modo analitico e puntuale riporti la dinamica dei costi, ivi compresi quelli del personale e ne commenti puntualmente le metodologie e i criteri di formazione. Tale relazione, che quindi rivestirà fondamentale importanza nell'atto di approvazione del Bilancio Preventivo 2006, dovrà essere inoltre accompagnata da specifici pareri già acquisiti dalle aziende in materia di ricavi per tutte le prestazioni sanitarie da parte della ASL di riferimento territoriale, per i costi del personale, della spesa farmaceutica, della spesa protesica, file F, psichiatria, costi per assistenza di base (MMG, PLS, MCA ecc.) da parte dei competenti uffici regionali.

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

Il Bilancio preventivo 2006, esecutivo, diviene l'obiettivo aziendale da perseguire in termini di risultato economico.

Al fine di garantire l'equilibrio economico-finanziario del Sistema Sanitario Regionale della Lombardia il contenuto del presente provvedimento potrà essere riconsiderato, anche nel corso dell'esercizio 2006, in relazione alle verifiche degli andamenti della spesa in occasione delle chiusure trimestrali, agli esiti del riparto definitivo e agli esiti dei tavoli di monitoraggio nazionali sui Livelli Essenziali di Assistenza.

## **Allegato 3**

### **Piani Regionali di settore e di sviluppo – Progetti e ricerche**

In alcuni casi i Piani di sviluppo regionale attuano contemporaneamente anche gli obiettivi prioritari di PSN.

#### **Il Piano Oncologico**

Il “piano” oncologico approvato dgr 23 luglio 2004 - ha al suo centro il paziente oncologico, attorno a cui ruota la rete oncologica lombarda (ROL), composta da tutte le strutture e servizi sanitari e sociosanitari e da tutte le persone che svolgono la loro attività di cura ed assistenza al paziente oncologico nelle varie fasi della malattia.

Un progetto pilota per la realizzazione pratica di tale rete ha avuto inizio con l’approvazione della d.g.r. 16 febbraio 2005, n. VII/20889. Tale progetto pilota si basa sulle modalità operative proprie dei network di patologia, i quali sviluppano un modello organizzativo di assistenza sanitaria che mette in rete servizi/strutture che erogano prestazioni per una particolare tipologia di patologia o di pazienti. Ciò al fine di diffondere raccomandazioni cliniche condivise sull’accesso, sul percorso diagnostico-terapeutico, sulla conoscenza del paziente trattato per la patologia, di individuare un percorso di formazione degli operatori, di facilitare lo sviluppo di progetti per l’affronto di problematiche specifiche e per la ricerca.

I risultati di tale progetto pilota consentiranno di valutare ed estendere tale modello organizzativo ad aree più vaste del campo oncologico rispetto alle prime 3 aree individuate.

Per quanto riguarda la prevenzione primaria e secondaria, così come previste nelle macroaree 2 e 3 del Piano Oncologico, le azioni prioritarie finanziate da realizzarsi nel 2006, riguarderanno:

- predisposizione ed avvio di una campagna di comunicazione regionale per la promozione di corretti stili di vita;
- valutazione dei livelli di qualità dei programmi di screening per il carcinoma della mammella, verificando, per ciascuna Struttura erogatrice, gli indicatori relativi, prevedendo anche iniziative di formazione per i referenti delle ASL ;
- Completamento dello screening per il carcinoma del colon retto in tutte le ASL;
- valutazione dei dati relativi allo screening del carcinoma della cervice uterina, analizzando anche i dati provenienti da altri sistemi informativi, così da aggiornare le linee-guida in materia.

Relativamente agli obiettivi di prevenzione del Piano Oncologico, resta ferma l’effettuazione da parte delle ASL delle seguenti azioni:

- l’avvio o il completamento, a livello di ASL, di specifici progetti di educazione sanitaria, rivolti a target di popolazione predefiniti, per la lotta al tabagismo e l’educazione alimentare;
- lo svolgimento dello screening per il tumore della mammella secondo quanto previsto dalle linee-guida regionali, con particolare riguardo al rispetto delle scadenze di round ed alle percentuali di adesione.

Nel 2006 si prevede, oltre al riconoscimento delle risorse impiegate su base storica per gli screening, lo stanziamento di 4 milioni aggiuntivi di euro da ripartire nel seguente modo:

potenziamento programmi screening colon retto(60%) per SCREENING in aggiunta alle risorse già riconosciute nel 2005;

20% per implementazione ROL da riconoscere ai soggetti erogatori in base alla loro effettiva adesione alla ROL (utilizzo della rete, messa in disponibilità delle informazioni, utilizzo linee guida e protocolli condivisi),

formazione e ricerca e progetti innovativi 20% (di cui il 40% destinati al finanziamento ad hoc di progetti che sviluppino la tematica di miglioramento della rete delle cure palliative).

I programmi di screening seguono regole e modalità di cui al piano di prevenzione attiva. Sono individuate modalità di verifica e controllo sull'utilizzo effettivo di risorse con meccanismi sanzionatori sia verso ASL per screening che verso erogatori.

I progetti innovativi potranno essere presentati entro il 31 marzo 2006, dalle strutture potenzialmente aderenti alla rete oncologica. La Dg sanità procederà alla istruttoria e verifica di compatibilità programmatica anche attraverso la Commissione oncologica Regionale e il suo comitato esecutivo.

Il Piano trova attuazione, nel 2006, anche attraverso le seguenti azioni:

- le regole di pagamento delle prestazioni così come definite nell'allegato 2 "Il quadro di sistema per l'anno 2006"
- il potenziamento del ruolo delle ASL nell'ambito della Commissione Oncologica Regionale e dello sviluppo della rete oncologica attraverso la gestione dello strumento della banca dati assistito (BDA) per la programmazione, verifica e controllo.

### **Il Piano Cardio Cerebrovascolare**

Avviato con d.g.r. 11 febbraio 2005, n. VII/20592, il piano cardiocerebrovascolare pone in evidenza gli interventi di prevenzione delle patologie cardiocerebrovascolari tramite la partecipazione attiva del cittadino, attraverso sia la promozione dei corretti stili di vita, sia la rilevazione del rischio cardiocerebrovascolare. Questi interventi di tipo preventivo primario costituiscono la premessa per ulteriori interventi sul lato sia farmacologico, sia dell'organizzazione dei servizi sanitari ai vari livelli di cura. Risulta pertanto di importanza prioritaria l'avvio effettivo su tutto il territorio regionale dei citati interventi preventivi, che vedono in primo piano sia i Medici di Medicina Generale, sia le Aziende Sanitarie Locali nel loro ruolo di garanti della salute dei propri assistiti.

Relativamente agli aspetti di prevenzione primaria e secondaria, le azioni prioritarie finanziate dal Piano, da realizzarsi nel 2006, riguarderanno :

- la predisposizione ed avvio di una campagna di comunicazione regionale per la promozione di corretti stili di vita (naturalmente in stretta integrazione con quanto previsto dal Piano Oncologico)

- la messa a punto di un progetto-tipo di educazione sanitaria per la promozione dell'attività motoria, rivolto a target specifici, da fornire alle ASL per l'applicazione ed adattamento a livello locale;
- il completamento del sistema informativo relativo alla raccolta dei dati derivanti dalla "carta del rischio".

I dati ottenuti dalla campagna di rilevazione del rischio cardiocerebrovascolare saranno infatti utilizzati a livello ASL per la valutazione dei bisogni assistenziali, e costituiranno anche la base per gli studi di verifica della efficacia e appropriatezza delle prestazioni sanitarie erogate per la prevenzione, diagnosi e cura delle patologie cardiocerebrovascolari. Tali studi saranno condotti dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale sulle patologie cardiocerebrovascolari, cui spetteranno anche studi finalizzati alla programmazione sanitaria.

Oltre agli interventi preventivi citati, sarà dato ulteriore impulso alla messa a regime del network interospedaliero per il trattamento con angioplastica primaria degli infarti miocardici, al potenziamento della rete di emergenza-urgenza, al censimento e completamento della rete regionale delle stroke unit.

Gli interventi sopra riportati richiedono da un lato programmi formativi rivolti agli operatori sanitari coinvolti, dall'altro l'attivazione di progetti innovativi anche a carattere pilota su tematiche specifiche, rivolti in modo particolare alla creazione di reti di integrazione ospedale-territorio.

Tali progetti innovativi, che potranno essere cofinanziati da parte della Regione Lombardia per quanto riguarda la parte formativa e infrastrutturale, potranno essere presentati entro il 15 marzo 2006 da parte di Enti erogatori, Università o Società scientifiche.

Nel 2006 si prevede, oltre al riconoscimento delle risorse impiegate su base storica per gli interventi attuativi del Piano, anno 2005, lo stanziamento di 5 milioni aggiuntivi di euro da ripartire nel seguente modo:

prevenzione 50% per la somministrazione della carta del rischio, ivi compresa la campagna informativa ,  
 adeguamento rete di offerta ospedaliera e d'emergenza 25%;  
 formazione e ricerca e progetti innovativi 25%.

Per quanto riguarda le prestazioni erogate con sistemi di telemedicina – area cardiocerebrovascolare viene data la possibilità alle strutture lombarde di attuare, con modalità sperimentale i due modelli di gestione innovativa in ambito cardiologico segnalati nel Piano Cardio Cerebro Vascolare.

1. Percorso di ospedalizzazione domiciliare riabilitativa post cardiocirurgico che sostituisce il più tradizionale percorso riabilitativo ospedaliero. A tale protocollo di cura aderiscono allo stato attuale quattro strutture sanitarie. Esso sarà aperto alla sperimentazione da parte di tutte le strutture a condizione che vi sia una trasformazione da posti letto di degenza ordinaria con l'ospedalizzazione a domicilio. Il DRG per l'ospedalizzazione riabilitativa a domicilio sarà ridotto rispetto a quello tradizionale. Dovrà essere applicato il protocollo in atto e garantito alla Regione l'accesso ai dati clinici. Inoltre chi fornisce servizi di telemedicina dovrà dimostrare di possedere requisiti

strutturali e organizzativi che lo mettano in grado di garantire un servizio di qualità, sia dal punto di vista clinico che tecnologico, pur considerando che la componente tecnologica possa essere assicurata anche da un fornitore di servizi esterno.

2. Percorso di tele sorveglianza sanitaria domiciliare per pazienti con scompenso cardiaco cronico medio grave. La tele sorveglianza si configura come un modello innovativo di servizio per la gestione domiciliare di pazienti con scompenso cardiaco cronico medio/grave (classi III e IV NYHA), che si affianca -integrandola - all'attività del medico di medicina generale. Il MMG, potrà avvalersi di questo percorso, di durata semestrale, quale supporto consulenziale. Si avrà una gestione clinica integrata del malato per la prevenzione delle instabilizzazioni e la gestione a domicilio delle stesse, con l'obiettivo di una riduzione dei ricoveri ospedalieri, degli accessi in pronto soccorso per scompenso cardiaco, di una riduzione del ricorso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali con un aumento della qualità della vita del paziente. Il protocollo concordato fra le cardiologie di sette strutture ospedaliere lombarde ha in atto una sperimentazione su un numero già significativo di pazienti e vede l'introduzione della figura dell'infermiere tutor che con la sua l'azione di counselling aumenta la consapevolezza del singolo e della famiglia sulla malattia. L'enfasi clinica necessaria per la gestione operativa del paziente, fa sì che il percorso sia localizzato presso la cardiologia ospedaliera e che possa trovare una tariffazione come prestazione ambulatoriale.

La richiesta di riconoscimento della sperimentazione dovrà pervenire da parte della struttura interessata entro il 31 gennaio 2006. La Direzione generale sanità, valuterà la compatibilità programmatica e attuativa anche con il supporto della Commissione cardiocerebrovascolare

Il Piano trova attuazione, nel 2006, anche attraverso le seguenti azioni:

- le regole di pagamento delle prestazioni così come definite nell'allegato 2 "Il quadro del sistema per l'anno 2006";
- il riconoscimento del ruolo delle ASL nell'ambito della Commissione Regionale per le patologie cardiocerebrovascolari e nello sviluppo delle reti di patologia e della gestione dei pazienti cronici (diabete, scompenso...) attraverso la gestione dello strumento della banca dati assistito (BDA) per la programmazione, verifica e controllo.

Per le campagne di promozione degli stili di vita sani, quale momento di attuazione sia del piano oncologico che del piano cardiocerebrovascolare, per l'anno 2006 sono stanziati risorse pari a 2.500.000 euro

## **Il Piano Regionale della Salute Mentale**

Il 2006 è anno di attuazione dei progetti innovativi del Piano approvati nel 2005

## **Il Piano Regionale della Riabilitazione**

Nel primo trimestre 2006, in collaborazione con le Asl verrà effettuato il monitoraggio riguardo l'attuazione delle nuove attività messe a contratto dal 1° ottobre 2005. Sulla base dell'esito delle valutazioni clinico – epidemiologiche si valuterà la modalità più opportuna per rispondere alle necessità dei cittadini lombardi per proseguire nell'implementazione del piano di riordino della rete di offerta di riabilitazione

## **Il Piano Regionale Sangue**

Approvato con legge regionale del 8 febbraio 2005, n. 5 è un piano quinquennale da svilupparsi negli anni 2005/2009 e nasce come miglioramento continuo della qualità del precedente piano sangue con l'applicazione delle metodologie di progetto e processo.

Il Piano attua le indicazioni della programmazione nazionale in tema di medicina trasfusionale, le indicazioni contenute nel Piano Socio-Sanitario Regionale 2002-2004, nonché le recenti indicazioni previste dal Decreto Legislativo 19 agosto 2005, n.191, recante “Attuazione della direttiva 2002/98/CE che stabilisce norme di qualità e di sicurezza per la raccolta, il controllo, la lavorazione, la conservazione e la distribuzione del sangue umano e dei suoi componenti” e dalla legge 21 ottobre 2005, n.219 “Nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale degli emoderivati”

Sono obiettivi del presente Piano Sangue, Plasma ed Emoderivati:

garantire i livelli di autosufficienza regionale del Sistema Sangue, concorrere al raggiungimento dell'autosufficienza nazionale e degli obiettivi strategici extranazionali, con programmazione annuale dei volumi necessari di raccolta ed il contenimento dell'uso improprio, oltre all'ottimizzazione distributiva e di compensazione;

stabilire i criteri del finanziamento regionale delle attività trasfusionali mediante la previsione di specifiche quote di bilancio, definite dalla Regione per la realizzazione degli obiettivi del presente piano sangue;

definire un modello organizzativo che esprima i nuovi contenuti del titolo V della Costituzione della Repubblica italiana e consenta il rispetto della sussidiarietà verticale ed orizzontale ai vari livelli territoriali;

mantenere e aumentare i livelli di sicurezza produttiva del Sistema Sangue con strumenti e metodologie necessari al controllo della qualità del processo trasfusionale, certificati secondo le norme UNI EN ISO 9000, ultima edizione, con promozione dell'associazionismo volontario, periodico, anonimo e non remunerato e la totale informatizzazione delle strutture trasfusionali e delle Associazioni e Federazioni di donatori di sangue lombarde e con collegamento in rete del Sistema Sangue;

promuovere la standardizzazione di tutte le procedure trasfusionali attraverso protocolli operativi e progetti per la concentrazione delle attività produttive ed il decentramento delle attività di raccolta e di medicina trasfusionale;

definire i criteri dell'accreditamento per le strutture trasfusionali;

sostenere le Associazioni e le Federazioni di donatori di sangue, nella promozione e nello sviluppo della donazione, nel miglioramento degli stili di vita e nella promozione alla salute secondo le necessità indicate dalla programmazione regionale in sinergia operativa;

promuovere e favorire studi epidemiologici e preventivi delle malattie trasmissibili con il sangue e derivati e contribuire all'educazione ed all'informazione sanitaria e sociale in merito;

promuovere progetti specifici per iniziative di partnership internazionale in progetti finanziati dalla Unione Europea relativi alla materia trasfusionale.

Il Piano realizza il Sistema Sangue inteso quale connessione di elementi operativi sinergici di processo in un contesto organico e funzionalmente unitario, in grado di promuovere un maggior coordinamento organizzativo-gestionale e tecnico-scientifico a livello regionale che, tramite un adeguato supporto informativo, assicura la gestione complessiva del piano sangue, l'adozione diffusa delle nuove tecnologie e l'ulteriore sviluppo di un processo di garanzia della qualità, con contenimento dei costi impropri della produzione.

La gestione economico-finanziaria del Sistema Sangue regionale prevede, su base annuale:

- il finanziamento diretto con le seguenti modalità:
- la corresponsione, alle aziende sanitarie, dei DRG;
- le attività tariffabili riferite allo specifico "tariffario nazionale o regionale";
- le attività non tariffabili per le unità di sangue ed emocomponenti "disponibili", indicati volumetricamente, dalla Struttura competente in materia di gestione del Sistema Sangue Regionale secondo le previsioni di raccolta necessaria fornite dal CRCC con il "Piano Annuale di Raccolta";
- le attività di frazionamento industriale del plasma e la conseguente produzione di farmaci emoderivati;
- le attività di implementazione, manutenzione e sviluppo tecnologico del sistema informatico di controllo Emonet.

Il Fondo Regionale per il 2006, di importo equivalente a quello del 2005, è destinato a finanziare:

attività di promozione e sviluppo della raccolta di sangue secondo progetti specifici di miglioramento continuo della qualità e certificazione UNI EN ISO 9000, ultima edizione;

progetti per l'attuazione di obiettivi strategici proposti dai Centri di riferimento regionali per il sangue raro e per le cellule staminali nonché dai Presidi della Rete Lombarda per le anemie e le coagulopatie congenite;

progetti per il buon uso del sangue;

progetti di solidarietà;

progetti di prevenzione della salute del donatore.

Le strutture sanitarie interessate dovranno presentare i progetti a valere sul fondo di cui sopra entro il 28 febbraio 2006.

## **Internazionalizzazione del servizio sanitario lombardo favorendo confronti, scambi e gemellaggi fra i diversi sistemi sanitari**

Il contesto all'interno del quale si muove il Sistema Sanitario Regionale non può ormai più prescindere da avere un orizzonte europeo se non addirittura mondiale.

Nell'ottica di quello che la DG Sanità ha avviato in questi anni sul fronte internazionale e di quanto previsto dal DPREF e dal PRS in merito all'internazionalizzazione del servizio sanitario lombardo, le azioni per l'anno 2006 dovranno innanzitutto favorire confronti, scambi e gemellaggi fra professionisti dei diversi sistemi sanitari.

In particolare:

1. Assistenza sanitaria a favore di cittadini stranieri, ai sensi e per gli effetti dell'art. 32, comma 15 della l. 449/97.

E' questa un'attività ormai consolidata che necessita, però, di essere sempre più agganciata a progetti già in atto di ONG/organizzazioni umanitarie o all'interno di accordi diretti con organizzazioni internazionali quali la Croce Rossa ( es. Medevac con l'Iraq) o ancora all'interno di progetti mirati a particolari esigenze sanitarie quali l'affronto della cardiopatie congenite o la cura delle leucemie infantili. A questa attività si prevede di riservare fino al 35% delle risorse disponibili che verranno autorizzate e rendicontate secondo criteri e modalità oggetto di apposita circolare entro il 31.01.2006

2. Attuazione iniziativa gemellaggi tra strutture ospedaliere.

L'esperienza avviata si è mostrata positiva ed ha raccolto grande interesse anche presso strutture accreditate private. Nei prossimi anni l'ottica dei gemellaggi deve essere sempre più improntata alla creazione di poli di interesse sui quali coagulare soggetti diversi su tematiche specifiche e nell'ottica di rafforzamento di sistemi sanitari di paesi, di concerto con le strategie in ambito internazionale previste dal DPREF e dal PRS. Da questo punto di vista si prevede l'impegno del 50% delle risorse disponibili.

3. Collaborazioni con altri enti e istituti

Questa area è quella che nel corso del 2004 ha avuto sviluppi sorprendenti sia per la statura delle istituzioni con le quali si è iniziata la collaborazione sia per la qualità dei contenuti. La linea di intervento prevede il sostegno a progetti di collaborazione che impattino grandi temi sanitari quali la lotta alla tubercolosi/ AIDS o l'empowerment di sistemi sanitari emergenti con un impegno fino al 10% delle risorse disponibili.

4. Emergenze sanitarie internazionali

Negli ultimi anni il numero di emergenze mondiali è fortemente cresciuto a causa dell'aumento dei conflitti armati e del terrorismo, dei terremoti, delle inondazioni, e più in generale delle crisi dovute a cause ambientali. La maggior parte di queste emergenze vedono la necessità di far fronte a vario titolo a problematiche sanitarie.

Per essere pronti a rispondere, in caso di richieste precise, a questo tipo di emergenze, è necessario costituire un gruppo di lavoro regionale che sia in grado di mettere a disposizione entro 12-24 ore un kit di materiale di emergenza appositamente individuato dal gruppo e di individuare le procedure necessarie ad attivare le risorse umane che si vogliono rendere disponibili nei casi di emergenza sanitaria internazionale, con un impegno fino al 5% delle risorse disponibili.

**Il Piano Regionale Vaccini** fornisce linee di indirizzo omogenee alle ASL, cosicché le vaccinazioni che vengono promosse attivamente siano supportate da strategie fondate sull'EBM e quelle messe a disposizione su richiesta del cittadino lo siano con modalità e tariffe uniformi.

Il Piano ha quindi definito : i calendari delle vaccinazioni raccomandate per infanzia e popolazione adulta, requisiti e caratteristiche funzionali degli ambulatori vaccinali, flussi informativi di anagrafe vaccinale e reazioni avverse.

Le azioni prioritarie, aggiuntive rispetto al raggiungimento delle coperture vaccinali previste per l'infanzia e per l'adulto che devono essere garantite con le fonti di finanziamento ordinarie, riguarderanno:

- il completamento del Piano Regionale per l'eliminazione del morbillo e rosolia congenita, con particolare riguardo A : offerta attiva e gratuita della vaccinazione MPR alle donne in età fertile; effettuazione delle indagini sierologiche sui casi e cluster di morbillo; attuazione di specifiche ed ulteriori iniziative di sensibilizzazione; completamento della formazione agli operatori dei servizi dell'area materno-infantile (per la prevenzione della rosolia congenita);
- l'incremento delle coperture antinfluenzali nelle categorie dei soggetti a rischio di complicanze e degli operatori sanitari e socio-sanitari;
- la revisione della rete degli ambulatori vaccinali e relativo sistema informativo.

Per l'anno 2006 per l'attuazione del Piano di che trattasi sono stanziati risorse pari a 4.300.000 euro.

**Il piano di revisione e riordino della sorveglianza e controllo delle malattie infettive** ha revisionato le procedure poste in atto a fronte della segnalazione di un caso di malattia infettiva, alla luce dell'evidenza o meno di efficacia tratti dai dati di letteratura.

Le azioni da porre in atto nel 2006, sono :

- completamento del software per la registrazione da parte delle ASL dei casi;
- approntamento e diffusione di programmi per la prevenzione ed il controllo delle infezioni ospedaliere, ivi compresa la rilevazione dai laboratori di agenti "sentinella";
- campagna di comunicazione sulle precauzioni universali, da adottare all'interno delle collettività scolastiche e residenziali;
- attivazione di un sito web, per pubblico ed operatori, sulle problematiche correlate alle malattie infettive;

Sempre nell'ambito delle malattie infettive, nel 2005 è stato adottato il **Piano regionale per la prevenzione ed il controllo della malattia tubercolare**, nel quale sono previste le seguenti azioni prioritarie:

- Potenziamento della rete di sorveglianza e attuazione di screening nelle categorie a rischio di infezione
- Costituzione di una banca dei ceppi di M.T. e relative indagini
- Supporto ad ASL ed AO per la gestione dei casi e dei contatti.

**Il piano per la promozione della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro** definisce obiettivi ed azioni per una risposta efficace al problema della salute e della sicurezza sui luoghi di lavoro, che resta uno degli obiettivi prioritari della Giunta Regionale (DGR 18344 del 23.7.04).

In questo quadro viene descritto il ruolo delle ASL, che oltre ad incrementare il tradizionale intervento di vigilanza e controllo negli ambienti di lavoro, devono svolgere una funzione di assistenza, di informazione e di formazione perché datori di lavoro e lavoratori si responsabilizzino direttamente rispetto agli obiettivi comuni di sicurezza sul lavoro.

Sono individuati i seguenti settori prioritari: Costruzioni, Agricoltura, Sanità, Tumori professionali, Stress e Lavoro, Linee ferroviarie grande velocità e grandi opere, Lavori temporanei.

Sono anche stabiliti precisi finanziamenti erogati alle Aziende Sanitarie al raggiungimento dei risultati previsti.

Nel corso del 2006 sarà dunque proseguita l'azione di programmazione delle ASL, con i Piani Attuativi Locali, e la relativa approvazione e finanziamento della Regione.

Nell'ambito della tutela dei lavoratori sono altresì previste risorse per:

- dotazione di attrezzature e DPI per gli operatori delle ASL addetti alla guardia igienica permanente
- dotazione di attrezzature e DPI per gli operatori delle ASL per la gestione di focolai di malattie infettive in ambito veterinario.

**Il Piano Regionale Amianto** dà attuazione alla legge regionale 29 settembre 2003, n. 17 recante "Norme per il risanamento dell'ambiente, bonifica e smaltimento dell'amianto", e prevede le seguenti azioni prioritarie : -

- Censimento, valutazione della pericolosità e bonifica dei siti contenenti amianto.
- Prescrizione di norme di prevenzione per la bonifica dell'amianto.
- Promozione di iniziative di educazione ed informazione finalizzate a ridurre la presenza dell'amianto.

### **Il piano prevenzione attiva**

Si confermano i contenuti previsti dalla d.g.r.VII/217 del 27.6.2005 avente ad oggetto "Determinazioni inerenti il Piano Regionale della Prevenzione Attiva, ai sensi

dell'Intesa fra il Governo, le Regioni e Province autonome del 23 marzo 2005", ed in particolare le seguenti azioni e linee progettuali, peraltro già contemplate e previste da atti formali assunti dalla Giunta Regionale:

- Prevenzione del rischio cardiovascolare: diffusione della carta del rischio cardiovascolare in Regione Lombardia, secondo le indicazioni contenute nella d.g.r. 16/2/2005, n. VII/20592 recante "Patologie cardiocerebrovascolari: interventi di prevenzione, diagnosi e cura (a seguito parere della Commissione Consiliare competente)" e quanto più sopra analiticamente descritto;
- Prevenzione della complicità del diabete: sono state formulate linee generali che costituiscono la struttura portante del Piano di Prevenzione attiva delle complicità del diabete per la Regione Lombardia 2005-2007. Dette linee rappresentano il contesto di proposte di riferimento all'interno del quale devono essere disegnate operativamente le attività di prevenzione da condurre nelle diverse aree della Regione Lombardia durante i tre anni di vigenza del piano.

In particolare l'obiettivo è quello di migliorare l'organizzazione delle attività finalizzate alla gestione integrata del paziente diabetico, con caratteristiche di forte collaborazione tra MMG e Specialisti, allo scopo di realizzare una cura efficace, in grado di razionalizzare le risorse e ridurre gli eventuali sprechi. Attenzione dovrà essere dedicata al problema della prevenzione delle complicità, perché gli studi condotti nell'ultimo decennio da una parte hanno definitivamente chiarito che il buon controllo metabolico è in grado di ridurre in maniera sostanziale il numero delle complicità diabetiche e quindi di incidere sui costi della malattia, e dall'altra hanno dimostrato che per ottenere un buon risultato clinico è necessario ridurre il rischio di molteplici fattori, mediante l'uso di protocolli specifici e di un adeguato modello organizzativo (modelli di disease management).

- Screening: le azioni previste sono attuative di provvedimenti programmatici già approvati quali il piano Oncologico, "Una rete per la vita" del 23 luglio 2004. Sono confermati i programmi di screening su cervice uterina, mammella e colon retto aventi i seguenti principali obiettivi : ridurre l'incidenza della patologia oncologica; aumentare la sopravvivenza dei malati e migliorare la loro qualità della vita; sviluppare la ricerca e l'innovazione tecnologica. Le azioni principali previste dal citato Piano, in materia di prevenzione attiva, sono: i programmi di educazione alla salute, sia per la popolazione in generale che particolarmente nelle scuole; l'eliminazione o la riduzione dei fattori di rischio (vedi l'educazione a non fumare); i programmi di prevenzione primaria e secondaria (screening da potenziare: mammella, colon-retto).

Nel piano è altresì previsto l'avvio di un interessante progetto di sviluppo delle iniziative in atto partendo dallo screening della cervice uterina, prevedendo la raccolta dei dati sugli esiti dei pap-test da parte di 30 anatomie patologiche al fine di verificare la fattibilità circa l'attivazione di detto flusso informativo , da parte di tutte le anatomie patologiche lombarde per verificarne l'effettivo funzionamento ai fini dello sviluppo della Rete Oncologica Lombarda.

- Progetto Vaccinazioni: come previsto dal Piano Nazionale Vaccini, la Regione Lombardia ha avviato già dal 2004 –con il rinnovo e potenziamento di una Commissione Regionale ad hoc- un percorso per la promozione delle vaccinazioni ed il miglioramento dell’offerta nei confronti di bambini ed adulti. In particolare si pongono i seguenti obiettivi generali: 1) adeguare politiche e strategie di carattere europeo e nazionale alla realtà territoriale ed organizzativa della nostra regione, così da definire le vaccinazioni che debbono essere non solo garantite, ma offerte attivamente, ponendosi i conseguenti obiettivi di copertura; il tutto seguendo gli strumenti di EBM-EBP e una precisa definizione delle priorità; 2) determinare il percorso di offerta delle vaccinazioni superando, dunque, la diversificazione tra vaccini obbligatori, raccomandati e facoltativi, impegnando i servizi vaccinali a garantire il diritto-dovere per i calendari vaccinali predefiniti dal piano, con la conseguente gestione dei casi di rifiuto di essi nel loro complesso e non solo relativamente agli obbligatori; 3) standardizzare e migliorare la qualità dell’offerta vaccinale, definendo il percorso di accreditamento dei servizi vaccinali, comprensivo dei requisiti strutturali ed organizzativi, dei ruoli e responsabilità delle differenti figure professionali, degli indicatori di qualità

Nel 2006 dovranno essere raggiunti gli obiettivi previsti dal piano di prevenzione attiva di cui all’Accordo Stato regioni del 23 marzo 2005.

In particolare le altre aree progettuali su cui si esplicheranno le azioni di prevenzione sono:

- terapia cardio cerebrovascolare percorsi domiciliari;
- obesità e aspetti nutrizionali
- infortuni sul lavoro
- incidenti domestici
- incidenti stradali.

Progettualità ad hoc, potranno essere sviluppate, nell’ambito degli obiettivi prioritari di Piano Sanitario Nazionale.

### **Progetti e Ricerche**

Oltre alla conferma delle progettualità e dei programmi di ricerca avviati e già cofinanziati, per il 2006 particolare attenzione verrà posta ai:

- programmi di ricerca ex art. 12 D.Lgs. 502/92 bando 2005 – attuazione 2006 e 2007;
- progetti prioritari di PSN 2005 – progettualità specifiche (sclerosi dermica, diabete, etc..)
- piano delle ricerche 2006 – IRER – Direzione Generale Sanità

## **Allegato 4**

### **Tempi di attesa e Accessibilità**

#### Tempi di attesa

L' erogazione delle prestazioni entro tempi appropriati alle necessità di cura degli assistiti rappresenta una componente strutturale dei livelli essenziali di assistenza" (DPCM 16 aprile 2002, "Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa"). Ricordiamo infatti che il grado di appropriatezza di una prestazione dipende dal rispetto delle indicazioni cliniche per le quali si è dimostrata efficace, dal momento giusto di erogazione e secondo il regime organizzativo più adeguato.

E' importante proseguire nella costruzione di una metodologia di misura sistematica dei tempi d'attesa, in considerazione del fatto che la verifica dei livelli di assistenza erogati al cittadino, anche in termini di tempi d'attesa che intercorrono tra il manifestarsi del bisogno al SSN e il soddisfacimento dello stesso, è garanzia di equità del sistema. Tale conoscenza rappresenta inoltre un indispensabile strumento di programmazione sanitaria nell'ambito dell'ASL e dell'intero territorio regionale.

Sulla base di uno specifico obiettivo della Giunta Regionale, che vede coinvolte tutte le ASL e le AO, sono in atto dei progetti finalizzati a portare i tempi di attesa per ecografie, tac, rmn, visita ortopedica e cardiologica + ecg entro il tempo massimo di attesa di 90 giorni con l'obiettivo a seguire di riduzione ulteriore delle attese portandole entro il 31 dicembre 2005 ai valori massimi stabiliti dalla Giunta. Complessivamente le agende delle aziende sono state ampliate di circa 3.000 prestazioni "pesanti" mese.

La rilevazione prospettica nel corso del 2006, per quanto riguarda le prestazioni di specialistica ambulatoriale, avrà cadenza mensile e sarà effettuata con le stesse metodologie e modalità utilizzate nel corso del 2005. Anche le prestazioni oggetto della rilevazione rimarranno le stesse del 2005.

La Regione Lombardia, a partire dal 1996, con la strutturazione del tracciato ex Circolare 28/San., aveva intrapreso una serie di analisi retrospettive che davano la dimensione dei tempi di attesa reali.

A tutt'oggi il livello di qualità del dato "data di prenotazione" presente nel tracciato record della 28/San è suscettibile ancora di un ampio margine di miglioramento: la qualità della suddetta informazione sarà oggetto di valutazione dei Direttori Generali.

Si richiama inoltre la necessità di compilare adeguatamente i codici identificativi del tipo di prestazione, alla luce della definizione primo accesso/controllo messa a punto dal gruppo di lavoro regionale, in rappresentanza delle A.O.:

- codice "O" = prestazioni di carattere ordinario (da utilizzare per le prestazioni prescritte come Primo Accesso)
- codice "U" = prestazioni urgenti differibili (da utilizzare per le prestazioni in "classe A");
- codice "Z" = controlli programmati e tutte le altre prestazioni da escludere dalla rilevazione dei tempi d'attesa (da utilizzare per tutte le prestazioni richieste come "Controllo").

La diffusione del documento condiviso dal gruppo di lavoro regionale circa la definizione di primo accesso/controllo sarà effettuata con apposita nota da parte della Direzione Generale Sanità

Per una migliore qualità, e soprattutto per una migliore fruibilità dei dati, è necessario il maggior ricorso possibile alla informatizzazione e centralizzazione delle agende a CUP, per evitare la dispersione di informazioni strutturate.

Sarà cura delle ASL l'elaborazione e l'analisi periodica dei dati derivanti dal flusso informativo e dalle rilevazioni di prevalenza sui tempi d'attesa al fine di consentire la valutazione del quadro della domanda/offerta nell'ambito degli organismi di coordinamento istituzionali oltre che nei confronti dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta.

Sarà invece compito della Direzione Generale Sanità l'elaborazione e la restituzione dei dati a livello di macro-sistema per favorire la visibilità delle best practices.

Si rileva inoltre la necessità di potenziare l'attività di verifica e monitoraggio dei tempi di attesa per i principali interventi chirurgici erogati in regime di ricovero. Per tale motivo sarà ritenuta parte integrante del debito informativo e come tale oggetto di valutazione delle direzioni aziendali la compilazione del campo della SDO che indica la data di prenotazione dell'intervento chirurgico.

In particolare gli interventi chirurgici oggetto di controllo sono protesi d'anca, cataratta chirurgia oncologica all'addome e mastectomia.

I controlli saranno effettuati in modo incrociato tra le SDO ed i registri previsti dall'art. 3, comma 8 della legge 23 dicembre 1994 n. 724 "Misure di razionalizzazione della finanza pubblica" che prevede che ai fini del diritto di accesso garantito dalla legge 7 agosto 1990, n. 241, le Unità Sanitarie Locali, i presidi ospedalieri e le aziende ospedaliere devono tenere, sotto la personale responsabilità, il registro delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e di diagnostica strumentale.

Si conferma anche per il 2006 quanto già previsto dal citato obiettivo della Giunta per quanto riguarda la predisposizione da parte delle AO di due piani semestrali, uno a gennaio e l'altro entro il mese di luglio, nei quali le aziende dovranno definire le politiche di erogazione delle prestazioni di specialistica con particolare attenzione alle problematiche riguardanti l'accessibilità ai servizi. La gestione delle agende ed i tempi di attesa.

### *Accessibilità*

Al fine di semplificare i percorsi dei cittadini nelle strutture di erogazione delle prestazioni ambulatoriali si dà facoltà alle ASL di valutare la possibilità di dotare del ricettario unico anche le strutture private accreditate, limitatamente alle patologie croniche prevalenti (ex DM 329/99 e succ. integrazioni e modifiche), qualora le stesse sottoscrivano i Protocolli Diagnostico Terapeutici predisposti dalle ASL in collaborazione con il sistema locale degli erogatori e dei prescrittori quali gli MMG ed i PLS

La sottoscrizione dei PDT da parte delle strutture private accreditate verrà formalizzata all'interno dei contratti e contestualmente dovrà essere prevista l'indicazione delle verifiche di merito.

### *CUP Regionale*

Al fine di potenziare l'orientamento al cittadino nel soddisfacimento dei suoi bisogni sanitari, saranno messi a disposizione tutti gli strumenti che favoriscano l'accesso diretto ai servizi sanitari e l'utilizzo dei servizi di telemedicina e telediagnostica;

L'attivazione di servizi di CUP Regionali, eventualmente affiancato dalle reti dei CUP aziendali, farmacie ecc., dovrà quindi consentire agli utenti di prenotare visite specialistiche ed esami diagnostici (escluso follow-up) presso le strutture sanitarie coinvolte (sia pubbliche che private), evitando inutili e fastidiose attese/file agli sportelli aziendali, garantendo, nel contempo, l'accesso ai servizi di prenotazione tramite contatto telefonico durante un ampio arco temporale, nel corso della giornata - solitamente dalle 8.00 alle 20.00 - per sei giorni alla settimana.

Detti servizi, potranno essere realizzati per gradi e steps successivi, tali da consentire l'attivazione di un unico CUP a livello regionale - con attivazione di un unico numero telefonico regionale - con il quale poter prenotare direttamente tutte le prestazioni specialistiche di I° e II° livello e degli esami diagnostici: vi è stato il coinvolgimento graduale dei soggetti erogatori lombardi, partendo con l'attivazione del Servizio Sanità Milano (numero verde 800.638.638) - che coinvolge le sette aziende ospedaliere milanesi e dà la possibilità di effettuare prenotazioni dirette di

visite specialistiche ed esami diagnostici presso le dette strutture – ampliando di seguito detta attività con il Servizio Prenotazioni Sanità per Cremona – Garbagnate - Pavia (numero verde 800.448.800) - che coinvolge le Aziende Ospedaliere di Cremona, Garbagnate e Pavia, dando la possibilità di effettuare prenotazioni dirette di visite specialistiche ed esami diagnostici presso le dette strutture –. L’ulteriore ampliamento della gamma di servizi offerti prevede il coinvolgimento delle province di Como e Varese (numero verde 803.000) - che consentirà agli utenti delle ASL di Como e Varese di prenotare innanzitutto prime visite e di seguito anche esami diagnostici (TAC) presso le strutture che sono state coinvolte -.

I servizi già attivi, congiuntamente al graduale ampliamento degli erogatori lombardi coinvolti nonché delle prestazioni prenotabili, consentirà di valutare e correggere le soluzioni tecnologiche, organizzative approntate per l’erogazione di dette attività, in vista dell’estensione del servizio di prenotazione a tutto il territorio regionale.

Nel 2006 vengono implementate il numero delle prestazioni prenotabili dal Call Center delle Province di Varese e Como.

Le risorse per il servizio ammontano a 5.000.000 di euro

## **Allegato 5**

### **Farmaceutica e Protesica**

Per l'anno 2006 le risorse a disposizione per l'assistenza farmaceutica e protesica sono aumentate dell'1% rispetto al 2005 al netto delle manovre di ripiano nazionale e regionale che potranno intervenire nel corso del 2006.

### **Farmaceutica**

1) Il tetto della spesa farmaceutica territoriale, in applicazione della L. n. 405/2001 e L. n. 326/2003, è sottoposto a monitoraggio da parte dell'AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco) nella misura del 13% della spesa sanitaria; tale vincolo normativo viene, purtroppo, valutato al netto della compartecipazione dei cittadini definita a livello regionale e al lordo delle manovre che verranno poste a livello nazionale per il ripiano della spesa farmaceutica 2005 (es. extra-sconto o/e riduzione dei prezzi dei farmaci) ed è collegato con gli adempimenti connessi all'erogazione delle risorse stanziare per l'anno 2006; ai sensi del disposto della L. n. 326/2003 anche per il 2006 è stabilito un tetto del 16% tendenziale per la spesa farmaceutica complessiva; in tale tetto sono altresì compresi, in aggiunta alla farmaceutica territoriale, i costi relativi ai farmaci erogati dalle Aziende Ospedaliere e dalle ASL in regime di assistenza distrettuale, residenziale e di ricovero ospedaliero; ogni ASL e AO determinerà di conseguenza il proprio obiettivo che verrà verificato in sede di esame del bilancio di previsione.

2) Doppio canale e/o distribuzione diretta – In riferimento al Prontuario di Continuità Territorio Ospedale (PHT) che ha aggiornato l'elenco dei farmaci ex Nota 37 e alla revisione del Prontuario Farmaceutico del 25 luglio 2005, dove vengono anche riclassificati i farmaci H in OSP1 e OSP2, si ribadisce la necessità di attivare le azioni di responsabilizzazione e di verifica per il rispetto dell'obiettivo economico fissato per l'assistenza farmaceutica, in linea con gli indirizzi regionali. Per quanto attiene in particolare la distribuzione di tali farmaci, anche in relazione alla dinamicità dello strumento (PHT) indicato dall'AIFA e del rinnovo dell'Accordo tra Regione Lombardia e le Organizzazioni Sindacali della farmacie private e pubbliche, si ritiene che tale modalità possa crescere in funzione della complessiva compatibilità di sistema e per incontrare le richieste dei cittadini utenti. In attesa di procedere ad un'eventuale aggiornamento dei termini della DGR VII/9336 del 07/06/2002, riguardante l'accordo tra Regione Lombardia ed associazioni sindacali delle farmacie convenzionate, pubbliche e private, per la distribuzione per conto dei farmaci ai sensi dell'art. 8 lettera a) delle legge 405/2001, si ritiene opportuno prorogare le condizioni già concordate con la citata DGR VII/9336.

3) Farmaci a somministrazione diretta (File F) - La spesa per farmaci a somministrazione diretta ospedaliera si ritiene possa crescere nei limiti della complessiva compatibilità di sistema, determinata in un incremento medio regionale

fino al 12% rispetto al 2005. E' confermata la priorità dell'avvio di azioni di responsabilizzazione e di verifica sull'appropriatezza tese a razionalizzare le risorse relative a tale spesa.

Per quanto riguarda i farmaci ad alto costo oncologici forniti in regime di Day hospital saranno rendicontati attraverso il File F

4) Promozione della prescrizione del farmaco "equivalente" – Nel 2004 l'incidenza del farmaco generico sulla spesa complessiva per la Regione Lombardia (9,3%) è stato inferiore al dato medio nazionale (10,1%) e ciò si conferma con i dati parziali del 2005. E' necessario perciò promuovere l'uso del generico e/o farmaco "equivalente", coinvolgendo tutti gli operatori del sistema (distribuzione, prescrittori e pazienti). Sarà compito delle ASL verificare nel corso del 2006 l'effettiva promozione della prescrizione dei farmaci equivalenti.

5) Attività di monitoraggio dell'Ufficio di Coordinamento delle attività distrettuali – Come previsto dai commi 4 e 5 dell'art. 25 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale, le ASL dovranno adottare forti iniziative per il monitoraggio "dell'appropriatezza prescrittiva, anche in relazione ai rapporti tra medicina generale e medicina specialistica ambulatoriale e ospedaliera, in riferimento a linee guida condivise, all'applicazione di percorsi diagnostico-terapeutici concordati, al rispetto delle note dell'AIFA, anche al fine di prevenire e rimuovere comportamenti anomali" attraverso gli Uffici di Coordinamento delle attività distrettuali. Tale attività potrà essere oggetto di verifica anche dai tavoli di monitoraggio regionali.

I medici di medicina generale saranno impegnati ad aderire agli obiettivi definiti nell'ambito del budget di distretto per il contenimento della spesa farmaceutica.

## **Protesica**

Con riferimento alla spesa relativa all'assistenza protesica maggiore e minore ed all'assistenza integrativa (ausili per diabetici ed assistenza dietetica) le ASL, in sede di bilancio preventivo 2006, dovranno indicare le azioni prioritarie da attivare al fine dell'appropriatezza delle prestazioni erogate.

Dovrà essere effettuata la divisione tra Protesica maggiore (elenco 1 e 3 del nomenclatore allegato al DM 332/99) e Protesica minore (elenco 2).

## **Flussi Informativi**

Al fine di garantire un uso appropriato delle risorse ed il monitoraggio del consumo di farmaci per la cui indicazione è richiesto il piano terapeutico, nel 2006 dovrà essere attivato da parte delle strutture accreditate il relativo flusso informatizzato.

Ciò renderà possibile verificare l'effettiva appropriatezza della indicazione terapeutica ed il rispetto delle norme vigenti.

Anche il flusso informativo esistente relativo alla ossigeno-terapia ad oggi quasi completamente compilato su supporto cartaceo dovrà essere reso informatizzato.

Inoltre al fine di un attento monitoraggio nel 2006 dei farmaci di "doppio canale" sarà istituito un apposito flusso informativo mensile sui farmaci distribuiti.

Le modalità organizzative e le specifiche tecniche per la rendicontazione dei tre flussi sopra descritti saranno rappresentate in una apposita circolare della Direzione Generale Sanità.

Inoltre in attuazione di quanto previsto dal citato art.48 l. n. 326/03, è obiettivo prioritario l'attivazione di specifico flusso informativo sull'assistenza farmaceutica relativa ai farmaci a distribuzione diretta, a quelli impiegati nelle varie forme di assistenza distrettuale e residenziale nonché a quelli utilizzati nel corso di ricoveri ospedalieri.

Per la realizzazione di tale obiettivo si dà mandato alla DG Sanità di stipulare un accordo con una società specializzata per la gestione di tali dati.

Per quanto riguarda la protesica dovrà essere mantenuto il flusso informativo trimestrale della protesica maggiore e della protesica minore per governare in modo efficace l'andamento dei costi .

## **Verifiche e Controlli**

L'attività di verifica e controllo deve continuare in modo incessante e deve essere finalizzata sia al controllo della spesa che alla verifica dell'appropriatezza delle prescrizioni. Tale attività di verifica e controllo dovrà essere programmata ad inizio anno e riportata nel Piano dei Controlli. Per rinforzare tale azione nel 2006 sarà inoltre istituito un Tavolo di Monitoraggio Regionale per verificare l'andamento della spesa farmaceutica territoriale ed ospedaliera come pure la tempestività e la completezza dei dati relativi ai flussi informativi ivi compresi quelli di pertinenza del gestore delle ricette, che verrà individuato attraverso l'espletamento della gara da parte di Lombardia Informatica ai sensi della DGR n. 715 del 30 settembre 2005

## **Allegato 6**

### **Tariffe delle prestazioni di ricovero e cura e di diagnostica e specialistica ambulatoriale**

Nel contesto del progetto triennale di valutazione delle aziende sanitarie effettuato con il supporto di Joint Commission sono stati raccolti i bilanci relativi all'esercizio 2004 di tutti i soggetti erogatori pubblici e privati accreditati. La finalità principale di questa attività è quella di sviluppare degli indici di efficienza e di performance economiche delle strutture sanitarie lombarde e produrre, come valore aggiunto, il calcolo del valore del punto DRG. I dati dei bilanci e della contabilità analitica per centri di costo sono stati valutati secondo le previsioni del DM Sanità 15 Aprile 1994 "Determinazione dei criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa ed ospedaliera" che all'art. 3, commi 5 – 6, statuisce i criteri di determinazione delle tariffe e del DM Sanità 30 giugno 1997 "aggiornamento delle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera di cui al DM 14 dicembre 1994", in particolare gli articoli 2,3,4.

Visti i bilanci di esercizio 2004, disponibili presso la Direzione Generale Sanità, delle strutture pubbliche e private accreditate e delle proposte effettuate dai rappresentanti di alcune società scientifiche si stabilisce che a decorrere dai pazienti dimessi dal 1° gennaio 2006:

- il valore del costo per punto DRG, per la attività erogate in acuzie, venga incrementato del 1,5% e corrisponda quindi ad Euro 2.737,45=;
- questo incremento del valore del punto DRG non sia applicato ai 43 DRG di cui all'allegato 2C del DPCM 29 novembre 2001 di "Definizione dei livelli essenziali di assistenza";
- il nomenclatore tariffario delle prestazioni di diagnostica strumentale e di specialistica ambulatoriale rimanga invariato;
- le tariffe relative alle attività di riabilitazione erogate in regime di ricovero e cura restino quelle previste con la DGR VII/20774 del 16 febbraio 2005;
- le attività di chemioterapia effettuate in day hospital che prevederanno l'utilizzo di farmaci antineoplastici ad alto costo, il cui elenco verrà definito con apposita circolare da parte della DG Sanità entro il 31 dicembre 2005, saranno remunerati come segue: un rimborso di 40 euro per accesso finalizzato a finanziare i soli costi assistenziali, ancillari e generali di struttura, ed il rimborso del costo del farmaco che sarà rendicontato attraverso il File F. Per queste tipologie di prestazioni dovrà essere effettuata, in collaborazione con le farmacie ospedaliere e con gli oncologi medici, una stima di previsione dei consumi 2006 nell'ambito della compatibilità di sistema prevista per tale voce al fine di avere un riferimento rispetto al quale effettuare le opportune verifiche anche procedendo, se necessario, all'effettuazione di attività di audit clinico finalizzate a valutare l'appropriatezza nell'utilizzo di questi farmaci;

- per quanto riguarda la casistica di elevata emergenza trattata da PS, DEA ed EAS che nel 2006 sarà finanziata alle strutture in aggiunta alle risorse contrattate con le ASL si stabilisce che per pazienti che avranno, per la stessa patologia urgente, due ricoveri seguenti in due differenti presidi, anche della stessa azienda/soggetto gestore, nel caso in cui il primo ricovero sia di un solo giorno entrambi i ricoveri saranno remunerati al di fuori delle quote contrattate con le ASL, mentre nel caso in cui il primo ricovero sia superiore al giorno di degenza (almeno due notti di permanenza in ospedale) solo questo sarà remunerato all'erogatore al di fuori delle quote contrattate con la ASL in quanto si ritiene che superate le prime 36/48 ore la fase dell'emergenza vera sia superata/stabilizzata. In questo caso quindi la seconda struttura, quella che accoglie il paziente dopo il primo ricovero di almeno 2 giorni, sarà remunerata per queste prestazioni nel contesto delle risorse contrattate con la ASL di ubicazione.

Al fine di rendere il più possibile adeguato il sistema di finanziamento delle attività di ricovero si dà mandato alla Direzione Generale Sanità di individuare i DRG nei quali il "peso" degli aspetti tecnologici e/o innovativi, (per cui vi siano evidenze consolidate di maggior efficacia rispetto alle terapia consolidate), assorbe buona parte della tariffa. Sulla base di questa selezione sarà istituito un nucleo di valutazione che, sulla base della casistica erogata nel 2005 in un campione significativo di erogatori, mediante l'utilizzo di una griglia di rilevazione dei costi applicata in modo uniforme in tutte le strutture selezionate, individui il profilo medio di costi tecnologici di questi DRG e proceda a formulare alla Giunta delle proposte innovative di finanziamento finalizzate a remunerare in modo corretto gli aspetti tecnologici appropriati e a ridurre, in questi casi, la tariffa base del DRG che dovrà finanziare i residuali costi di assistenza, dei servizi intermedi sanitari di supporto ed alberghieri.

## **Allegato 7**

### **Indici di offerta - Negoziazione**

In relazione all'indice di posti letto per acuti a contratto, richiamate le indicazioni del PSSR 2002-2004, in accordo con quanto previsto a livello nazionale, si conferma anche per il 2005 quanto stabilito dalla Giunta Regionale con DGR n. VII/14750 del 24 ottobre 2003 circa l'avvenuto raggiungimento a livello regionale dell'indice di 4 posti letto per acuti per mille abitanti.

Si conferma, inoltre, che nel 2005 l'indice dei posti letto per la riabilitazione e la lungodegenza post acuta ospedaliera a contratto si è mantenuto entro il valore di un posto letto per mille abitanti.

Per quanto riguarda l'indice di posti letto per acuti, nel rispetto dell'intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005, si prevede che nel corso del 2006 proseguano le politiche di utilizzo appropriato delle degenze finalizzate a raggiungere entro il 2007 l'obiettivo di avere un indice complessivo di posti letto messi a contratto con il SSR non superiore al 4,5 per mille, compresa la riabilitazione.

Si da atto che la legge 31/97 all'art. 12 (la programmazione delle attività sanitarie ed il riordino della rete ospedaliera) prevede al comma 5bis che "la Giunta regionale verifica annualmente, sulla base dei rapporti instaurati ai sensi del comma 5 (ovvero della negoziazione), il mantenimento degli indici programmati di fabbisogno sanitario". Si ritiene pertanto che per l'anno 2006 debba permanere la sospensione della messa a contratto di nuove attività di specialistica ambulatoriale. Tanto anche in considerazione del mantenimento dei livelli dei tempi di attesa rilevati con cadenza bimestrale nel corso del 2005 entro i limiti definiti dalla normativa nazionale e regionale e del fatto che nel 2005, mediante la promozione di progetti di semplificazione dell'accesso alle prestazioni e di riduzione mirata dei tempi di attesa più critici, si è rilevato che il sistema ha ancora dei margini notevoli di natura organizzativa per poter incrementare, al bisogno, il livello dei servizi richiesti dai cittadini Lombardi.

Sempre nel corso del 2005 le attività di dialisi e di radioterapia, pur essendo finanziate a reale produzione e quindi non comprese nelle risorse assegnate tramite i contratti alle singole strutture, hanno mantenuto i livelli quantitativi raggiunti nel corso del 2004. Si conferma quindi di prevedere che per le attività di dialisi e di radioterapia sia necessario subordinare la definizione di eventuali ulteriori sviluppi di tipo quali - quantitativo dell'offerta attualmente presente alla verifica del quadro clinico epidemiologico di riferimento da effettuarsi da parte della ASL in coordinamento con la Direzione generale Sanità.

Le attività negoziali che avverranno tra le ASL ed i soggetti erogatori accreditati saranno effettuate congruentemente all'equilibrio del sistema così come individuato dalla Giunta e con il fabbisogno di servizi sanitari espresso dai cittadini lombardi. Le suddette attività ed il loro relativo monitoraggio periodico, già intrapreso nel corso dell'esercizio 2004 e continuato nel 2005, rappresentano, in modo adeguato alle diversificate necessità territoriali, la programmazione annuale delle attività di

ricovero e cura e di specialistica ambulatoriale, così come previsto all'art. 13, comma 13, della Legge regionale 31/97.

Confermando quanto già previsto dalla DGR VII/19688 del 03.12.2004 ed attuato nel corso del 2005 si prevede che, per l'anno 2006, il contenuto del contratto oggi in essere tra le ASL ed i soggetti erogatori sia determinato attraverso la negoziazione delle valorizzazioni per le attività di ricovero e cura consolidate nei contratti in essere e di specialistica ambulatoriale, ivi comprese le attività di medicina dello sport. Per le attività di specialistica ambulatoriale sono definiti:

- le eventuali condizioni di regressione tariffaria ivi compresa la soglia, oltre la quota di risorse pre - assegnata, intesa come importo messo a contratto al netto dei progetti specifici negoziati, fino alla quale si impegneranno ad erogare prestazioni a carico del servizio sanitario regionale. Al raggiungimento delle predette soglie di attività le strutture erogatrici accreditate, in assenza di previo accordo, non saranno autorizzate ad erogare prestazioni per conto del servizio sanitario regionale, neppure in regime di franchigia. L'eventuale integrazione di risorse, nel caso si rendano disponibili a livello di sistema, a livello complessivo ASL e per le tipologie di prestazioni che dovessero registrare un eccessivo squilibrio tra domanda ed offerta, sarà concordata per iscritto tra la ASL ed i soggetti accreditati coinvolti nella erogazione delle citate prestazioni, compatibilmente con i budget delle aziende ASL, sentita la Direzione Generale Sanità, per una verifica di congruenza complessiva, e ad un valore economico non superiore comunque al 30% della fatturazione relativa alle prestazioni validate e sempre nel rispetto del complessivo equilibrio del sistema;
- i progetti finalizzati ad incentivare l'erogazione di prestazioni preferibilmente in pacchetti di prestazioni, per cui si rilevano delle criticità relative ai tempi di attesa e/o la necessità clinico/epidemiologica di organizzare un'offerta quantitativamente maggiore rispetto alle restanti prestazioni garantite nel contesto dei livelli essenziali di assistenza coinvolgendo altresì tutte le strutture erogatrici;
- gli eventuali accordi, allegati del presente contratto, ASL/erogatori pubblici e privati accreditati, in condizioni assolutamente paritarie fra gli stessi, finalizzati a garantire la fornitura delle prestazioni di cui al punto precedente, anche attraverso valutazioni comparative della qualità, dei costi e delle tariffe come previsto all'articolo 8-quinquies comma 2 del decreto legislativo 502/92, valutazioni che devono privilegiare l'erogabilità complessiva della gamma di prestazioni, per cui si rilevano delle criticità relative ai tempi di attesa e/o la necessità clinico/epidemiologica di organizzare un'offerta quantitativamente maggiore e non ciascuna di esse in modo disgiunto, sempre ai fini di migliorare e/o razionalizzare accessibilità e offerta.

Al riguardo le ASL dovranno attivare, di concerto con la Direzione Generale Sanità, una puntuale attività di monitoraggio delle attività e delle valutazioni a riguardo dell'equilibrio domanda – offerta all'interno del territorio di propria competenza.

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

Per ogni ASL, la contrattazione riguarderà tutta la produzione erogata a favore di pazienti lombardi dalle strutture ubicate nel territorio di propria competenza, e non solo, quindi, la quota relativa ai consumi dei propri residenti. Le tariffe da utilizzare per valorizzare le prestazioni e misurare quindi il progressivo raggiungimento dei livelli economici contrattati, saranno quelle deliberate dalla Giunta con la possibilità, limitatamente ai sopra menzionati progetti relativi alle prestazioni che evidenziano criticità relative ai tempi di attesa e/o la necessità clinico/epidemiologiche, di superare, nei limiti delle risorse disponibili e degli equilibri tariffari, le limitazioni tariffarie in vigore al momento della dimissione per le attività di ricovero e della erogazione delle prestazioni per le attività di specialistica ambulatoriale (considerando per i cicli la prestazioni di chiusura degli stessi), a fronte di documentata programmazione e senza predeterminazione alcuna per i futuri negoziati.

Per quanto riguarda il livello economico, i pazienti extra – regionali verranno remunerati a produzione effettiva applicando alle prestazioni loro effettuate le medesime tariffe applicate per i pazienti lombardi.

Tenuto conto che le risorse assegnate alle ASL riguardano le quote relative ai consumi sanitari dei propri residenti anche per le prestazioni usufruite extra-regione, mentre le risorse assegnate alle strutture erogatrici lombarde riguardano le prestazioni erogate per i cittadini lombardi, ciascuna ASL dovrà monitorare trimestralmente la quota necessaria al pagamento delle prestazioni erogate extra-regione. Nel caso in cui tale quota registri una verificabile diminuzione, le ASL, di concerto con la DG Sanità, già in corso d'anno potranno provvedere a distribuire le risorse aggiuntive, resesi disponibili sul territorio regionale, agli attori che avranno contribuito a raggiungere il suddetto risultato.

Per le strutture che potranno essere messe a contratto nel corso del 2006, hanno iniziato le attività nel corso del 2005 o potranno riattivare nel corso del 2006 attività già accreditate e a contratto sospese temporaneamente, ad esempio per lavori di adeguamento strutturale, le ASL terranno in considerazione la media delle prestazioni trimestrali e, in seconda istanza, applicheranno il valore standard regionale rilevato per le attività, di ricovero piuttosto che di specialistica ambulatoriale, erogate nel corso dell'ultimo anno la cui base dati informatizzata sia completamente disponibile

presso la Direzione Generale Sanità che fino al mese di Marzo 2006 sarà quella relativa all'esercizio 2004.

Non saranno comprese nella quota di risorse assegnata alle strutture erogatrici, in quanto saranno remunerate a consuntivo sulla base di quanto effettivamente erogato, fatte salve le valutazioni di tipo clinico epidemiologico e di appropriatezza che dovranno essere effettuate entro il 31 luglio 2006:

1. in regime di specialistica ambulatoriale: le prestazioni di dialisi e di radioterapia già individuate con la DGR VII/19688 del 3 dicembre 2004;
2. in regime di ricovero e cura:
  - le prestazioni relative ai DRG chirurgici con diagnosi principale di Neoplasia Maligna già individuate con la DGR VII/19688 del 3 dicembre 2004;
  - le attività di chemioterapia effettuate in day hospital che prevederanno l'utilizzo di farmaci antineoplastici ad alto costo, di seguito elencati, avranno la remunerazione composta come segue: un rimborso di 40 euro per accesso finalizzato a finanziare i soli costi assistenziali, ancillari e generali di struttura, ed il rimborso del costo del farmaco che sarà rendicontato attraverso il File F. Per queste tipologie di prestazioni dovrà essere effettuata, in collaborazione con le farmacie ospedaliere e con gli oncologi medici, una stima di previsione dei consumi 2006 al fine di avere un riferimento rispetto al quale effettuare le opportune verifiche anche procedendo, se necessario, all'effettuazione di attività di audit clinico finalizzate a valutare l'appropriatezza nell'utilizzo di questi farmaci;
  - i parti (DRG dal 370 al 375);
  - le prestazioni relative ai dimessi da strutture con Pronto Soccorso, DEA o EAS con diagnosi principale di cui all'elenco di seguito allegato. Per quanto riguarda la problematica relativa alle sindromi coronariche acute (SCA) – già evidenziata nella DGR VIII 404 del 26 luglio 2005 – si rileva che per le SCA NSTEMI (senza sovraslivellamento del tratto ST) sulla scheda di dimissione ospedaliera dovrà sempre essere utilizzata la codifica 4107x e che le stesse saranno considerate al di fuori dei contratti solo se entro le 24 ore dal ricovero effettueranno una procedura invasiva di angioplastica percutanea o di by-pass aorto – coronarico, ovvero se, così come evidenziato da ANMCO, si tratta di casi con grave instabilità clinica, elettrica od emodinamica per i quali il tempo di intervento è indicato in poche ore. Al fine di favorire una corretta e moderna gestione dei casi appropriati si prevede l'esecuzione di audit clinici randomizzati per tutte le strutture coinvolte; audit supplementari saranno previsti nelle strutture in cui vi sarà uno scostamento rispetto al 2005 delle diagnosi di IMA NSTEMI maggiore del 10% ed un ricorso a procedure invasive maggiore del 15%.
  - le prestazioni relative a pazienti dimessi da Unità Operative di riabilitazione specialistica che abbiano avuto in atto nel giorno della loro accettazione una sindrome post-comatosa caratterizzata da un punteggio Glasgow Coma Scale

- < 13, documentato dal punteggio delle singole voci, e supportata da adeguata documentazione di valutazione clinica e strumentale. Al momento della dimissione la struttura di riabilitazione, secondo le modalità che saranno indicate con apposita circolare dalla Direzione Generale Sanità entro il 31 dicembre 2005, segnalerà sulla SDO con un codice particolare l'evidenza della condizione clinica di sindrome post – comatosa;
- le prestazioni relative a pazienti dimessi da Unità Operative di riabilitazione specialistica che abbiamo avuto in atto nel giorno della loro accettazione postumi di mielolesione traumatica, vascolare, infettiva, infiammatoria e post – chirurgica. I postumi di mielolesione devono essere caratterizzati da un livello su scala ASIA (american spinal injury association) compreso tra A e C ed il quadro clinico deve essere supportato da adeguata documentazione di valutazione clinica e strumentale. Al momento della dimissione la struttura di riabilitazione, secondo le modalità che saranno indicate con apposita circolare dalla Direzione Generale Sanità entro il 31 dicembre 2005, segnalerà sulla SDO con un codice particolare l'evidenza della condizione clinica di postumi di mielolesione traumatica, vascolare, infettiva, infiammatoria e post – chirurgica.

Al fine di semplificare i percorsi dei cittadini nelle strutture di erogazione delle prestazioni ambulatoriali si fa facoltà alle asl di valutare la possibilità di dotare del ricettario unico anche le strutture private accreditate, limitatamente alle patologie croniche prevalenti (ex DM 329/99 e succ. integrazioni e modifiche), qualora le stesse sottoscrivano i Protocolli Diagnostico Terapeutici predisposti dalle ASL in collaborazione con il sistema locale degli erogatori e dei prescrittori quali gli MMG ed i PLS.

La sottoscrizione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici da parte delle strutture private accreditate verrà formalizzata all'interno dei contratti e contestualmente dovrà essere prevista l'indicazione delle verifiche di merito.

Le ASL nei loro Piani dei Controlli dovranno prevedere delle azioni specifiche di monitoraggio e di controllo sulle modalità di corretta codifica delle predette tipologie di prestazioni, nonché valutazioni sull'andamento quantitativo nel corso dell'anno delle attività, della loro sostenibilità organizzativa e della loro plausibilità epidemiologica. Queste attività di valutazione e controllo saranno oggetto di confronto con gli erogatori durante i periodici incontri trimestrali di monitoraggio della negoziazione. Entro il 31 luglio 2006 la Direzione Generale Sanità effettuerà una valutazione di sistema delle predette attività, sia dal punto di vista epidemiologico che del loro impatto sull'organizzazione delle strutture, con la finalità di verificare lo svolgimento di queste attività secondo corretti criteri dal punto di vista clinico ed organizzativo.

Al fine di garantire continuità ai servizi resi ai cittadini e di dare certezze contrattuali ai soggetti che attualmente erogano servizi per conto del servizio sanitario regionale

(si ricorda che le condizioni negoziate per il 2005 terminano con la fine dell'esercizio stesso) si danno le seguenti indicazioni:

- Siglare entro il 31.12.2005 i contratti per l'esercizio 2006 dove si individua la valorizzazione relativa alle attività di ricovero e cura indicando un valore pari ai 3/12 di quanto negoziato tra ASL ed Erogatore per l'anno 2005; nell'articolo dove si individua la valorizzazione relativa alle attività di specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale, di psichiatria e di ricovero e cura indicare un valore pari ai 3/12 di quanto negoziato tra ASL ed Erogatore per l'anno 2005.
- Definire entro il 31.03.2006 l'esatta valorizzazione delle risorse disponibili su base annua, al netto delle attività extra quota definita di risorse, e definire la modalità di attribuzione dell'eventuale quota aggiuntiva destinata alle attività di ricovero e di specialistica ambulatoriale definita dalle ASL sulla base dei criteri di seguito individuati.

Ciò in quanto la chiusura entro il 28 febbraio 2006 dell'esercizio 2005 permetterà:

- per le attività ambulatoriali di calcolare per ogni struttura il finanziamento 2005 totale comprensivo della quota calcolata applicando le regressioni tariffarie e quella di cui ai progetti del 2% attuati localmente dalle ASL. Lo stesso finanziamento, al netto del valore delle attività di dialisi e di radioterapia (al quale verrà applicato al massimo il livello medio di regressione tariffaria rilevato su tutta la produzione erogata in Regione Lombardia) e portato al 90% costituirà la quota di risorse che nel 2006 sarà assegnata su base "storica". Le ASL avranno quindi a disposizione 14 punti percentuali delle risorse 2006 che saranno attribuiti sulla base di specifici progetti definiti dalle singole ASL e finalizzati a risolvere squilibri domanda offerta e criticità di durata dei tempi d'attesa, tenendo in particolare attenzione i pacchetti di prestazioni diagnostico/terapeutiche. I predetti progetti dovranno essere presentati e condivisi dalle ASL con gli erogatori in sede di conferenza dei Direttori Generali della ASL, delle Aziende Ospedaliere e dei rappresentanti legali delle strutture erogatrici di cui alla DGR VI/40903 del 29.12.98. Le risorse assegnate ai singoli erogatori sulla base di questi specifici progetti dovranno essere esplicitate nel contratto integrativo. La data ultima di definizione dei criteri e delle modalità di destinazione di queste risorse dovrà essere, come già detto, il 31 marzo 2006.
- per le attività di ricovero e cura, per ciascuna struttura, alla quota finanziata per l'anno 2005 sarà sottratto il valore delle prestazioni sopra elencate la cui quota nel 2006 non sarà individuata contrattualmente e a cui sarà stato applicato, come massimo valore, il coefficiente medio che per il 2005 permetterà di riconciliare il valore dei ricoveri complessivamente erogati in Regione con la quota di risorse stanziata dalla Giunta per lo stesso anno. Il 97,5% della quota di risorse così calcolata nel 2006 sarà assegnato su base

“storica”. Le ASL avranno quindi a disposizione 4 punti percentuali delle risorse 2006 che saranno attribuiti sulla base di specifiche valutazioni di tipo clinico epidemiologico e per risolvere eventuali criticità relative ai tempi di attesa e tenendo conto della necessità di tendere al riequilibrio del costo dei ricoveri/residente rispetto alla media regionale. Ciò anche nella prospettiva di trasferire alle ASL il governo completo della contrattazione sui ricoveri.

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

Le quote di risorse indicate nei contratti saranno disponibili per i soggetti erogatori nella misura in cui gli stessi effettueranno prestazioni di valore corrispondente. Per i soggetti iscritti al registro delle strutture accreditate come unico ente e che erogano sia prestazioni di ricovero e cura, sia ambulatoriali, è possibile prevedere uno spostamento di quote di risorse relative all'attività di ricovero e cura a favore delle attività ambulatoriali, nel caso in cui la struttura non raggiunga la soglia di risorse negoziata, a causa di eventi oggettivabili. La quota trasferita dovrà essere concordata con la ASL di riferimento che verificherà con la DG Sanità la compatibilità di sistema. La citata variazione non potrà costituire elemento di consolidamento delle risorse assegnate per gli esercizi successivi.

Non è invece possibile uno spostamento di risorse dall'attività ambulatoriale a quella di ricovero e cura, in quanto ciò, come già detto, non è compatibile con gli indirizzi programmatici della presente deliberazione.

Entro il 31 dicembre 2005 ciascuna ASL dovrà indicare alla DG Sanità quale sarà lo schema di contratto che intenderà utilizzare per negoziare le prestazioni di specialistica ambulatoriale, di psichiatria e di ricovero e cura.

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

*PREMESSO*

- 1. che con Deliberazione n. VI/47508 del 29.12.99 la Giunta Regionale ha, fra l'altro, approvato lo schema tipo di contratto tra l'ASL e i soggetti pubblici e privati erogatori di assistenza sanitaria in regime di ricovero e cura nonché ambulatoriale;*
- 2. che l'art. 11 di tale schema tipo prevede che “in caso di emanazione di norme legislative o regolamentari regionali, nonché di adozione di provvedimenti amministrativi regionali generali incidenti sul contenuto del contratto stipulato, lo stesso deve ritenersi automaticamente modificato ed integrato”;*
- 3. che con la Deliberazione n. .... la Giunta Regionale:*
  - ha stabilito che l'attuale contratto per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra ASL ed erogatori sia integrato con l'indicazione delle valorizzazioni relative alle prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale, nonché delle modalità di applicazione delle regressioni tariffarie sino alla soglia, specificata all'Art.3, per cui le strutture si impegnano ad erogare prestazioni per conto del servizio sanitario regionale;*
  - ha conferito alle singole ASL il mandato di integrare il richiamato schema tipo, secondo i criteri definiti al punto ..... del medesimo provvedimento e che qui si intendono integralmente richiamate;*

*che in data ..... tra l'Asl di..... e l'Ente..... si è stipulato un contratto, conforme allo schema tipo di cui sopra, per l'erogazione di prestazioni di ricovero e cura/ specialistica ambulatoriale/diagnostica strumentale*

*Dato atto che le parti, dopo approfondito esame di quanto dettagliato nel già citato punto ..... della d.g.r. .... ne hanno condiviso le regole procedurali ed hanno raggiunto un accordo concernente le modalità applicative della negoziazione;*

*Tutto ciò premesso*

*tra*

*l'Azienda Sanitaria Locale .....*

*e*

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

*si conviene e si stipula, ad integrazione del contratto già stipulato tra le stesse parti in data \_\_\_\_\_ le cui disposizioni rimangono in vigore tra le parti stesse, per quanto non*

*diversamente previsto dal presente contratto integrativo, con la sottoscrizione dei seguenti articoli:*

#### *Art. 1*

##### Oggetto

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

#### *Art. 2*

##### Ambito di applicazione

*Le presenti disposizioni integrative al contratto già stipulato tra le stesse Parti in data \_\_\_\_\_, si applicano a tutta la produzione sia di attività di ricovero e cura che di attività legata alla erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale prodotta dalle strutture ubicate nel territorio della ASL per tutti i cittadini residenti in Regione Lombardia e non solo alla quota relativa ai consumi dei propri residenti. Per quanto riguarda il livello economico i pazienti extraregionali verranno remunerati a produzione effettiva, secondo le tariffe vigenti in Lombardia nel periodo di erogazione delle prestazioni. Le prestazioni relative ai pazienti provenienti da altre regioni non sono definite nel loro valore in quanto la funzione di tutela dei cittadini spetta alle relative regioni ed ASL di residenza che sono tenutarie della quota capitaria, della regolamentazione dell'accesso ai servizi e della erogazione degli stessi. Ciò non significa altresì che queste prestazioni non debbano essere prestate secondo gli stessi criteri di appropriatezza e di reale necessità che guidano l'erogazione dei servizi per i residenti lombardi e che le attività di controllo svolte dalle ASL sui propri erogatori riguardino anche l'appropriatezza e la correttezza delle prestazioni garantite a cittadini non residenti in Regione Lombardia. Quanto appena detto vale sia per le prestazioni di ricovero che per quelle di specialistica ambulatoriale ed una particolare attenzione sarà posta nel valutare le prestazioni di ricovero a basso peso di cui all'allegato 2C del DPCM LEA e le prestazioni ambulatoriali per cui, sempre sulla base del citato DPCM, sono previste delle limitazioni di accesso. In relazione ai criteri temporali relativi all'ambito di applicazione delle norme contenute nella presente integrazione contrattuale, si precisa che per quanto attiene le attività di ricovero sono conteggiabili esclusivamente quelli con data di dimissione a decorrere dal 01.01.06 e per quanto attiene le prestazioni ambulatoriali sono conteggiabili esclusivamente quelle erogate a far tempo dalla data dell'01.01.06..*

#### *Art. 3*

##### Valorizzazione per le attività di ricovero e di specialistica

*(per il primo trimestre) Si individua una quota pari ai 3/12 di quanto negoziato per l'anno 2005 relativamente alle attività di ricovero e cura e di quelle di specialistica ambulatoriale individuata come segue ..... Ciò in quanto la chiusura entro il 28 febbraio 2006 dell'esercizio 2005 permetterà:*

- per le attività ambulatoriali di calcolare per ogni struttura il finanziamento 2005 totale comprensivo della quota, per la specialistica ambulatoriale, calcolata applicando le regressioni tariffarie e della quota relativa alle prestazioni di ricovero che nel 2005 sono state finanziate a produzione ed il cui valore non era previsto nei contratti valevoli per il 2005. Lo stesso finanziamento, al netto del valore delle*

*attività di dialisi e di radioterapia (al quale verrà applicato al massimo il livello medio di regressione tariffaria rilevato su tutta la produzione erogata in Regione Lombardia) e portato al 90% costituirà la quota di risorse minima pre-assegnata per il 2006. I restanti 14 punti percentuali di risorse stanziati dalla Giunta Regionale per l'anno 2006 sono attribuiti sulla base di specifici progetti definiti dalle singole ASL e finalizzati principalmente a risolvere squilibri domanda offerta, criticità di durata dei tempi d'attesa e maggiori esigenze di tipo clinico / epidemiologico individuate localmente. I predetti progetti dovranno essere presentati e condivisi dalle ASL con gli erogatori in sede di conferenza dei Direttori Generali della ASL, delle Aziende Ospedaliere e dei rappresentanti legali delle strutture erogatrici di cui alla DGR VI/40903 del 29.12.98. La data ultima di definizione dei progetti e delle modalità di distribuzione delle risorse ai diversi erogatori accreditati e a contratto dovrà essere, come già detto, il 31 marzo 2006.*

- *per le attività di ricovero e cura, per ciascuna struttura, alla quota finanziata per l'anno 2005 viene sottratto il valore delle prestazioni che nel corso del 2006, secondo le specifiche stabilite dalla DGR VIII ....., saranno finanziate in aggiunta rispetto alle attività contrattate a cui viene applicato, al massimo, il coefficiente medio che per il 2005 ha permesso di riconciliare il valore dei ricoveri complessivamente erogati in Regione con la quota di risorse stanziata dalla Giunta per lo stesso anno. Il valore così ottenuto, incrementato del .... %, costituirà, per ogni struttura, la quota di risorse disponibili per l'anno 2006.*

*(per l'intera annualità – da definire entro il mese di marzo 2006) Per le attività di ricovero e cura la valorizzazione relativa alle attività garantite a cittadini residenti in Lombardia viene individuata nella quota di ..... € ed è calcolata sulla base del 97,5% del contratto 2005 incrementato del 1,5%, al netto delle prestazioni individuate secondo le specifiche e le modalità previste dalla DGR VIII ... che nel 2006 saranno finanziate in aggiunta alle attività contrattate. Al raggiungimento della predetta quota la struttura erogatrice accreditata, in assenza di previo accordo, non è autorizzata ad erogare prestazioni per conto del servizio sanitario regionale. L'eventuale integrazione di risorse, a livello complessivo ASL e per le tipologie di prestazioni che dovessero registrare un eccessivo squilibrio tra domanda ed offerta, sarà concordata per iscritto tra la ASL ed i soggetti accreditati coinvolti nella erogazione delle citate prestazioni, compatibilmente con i budget delle aziende ASL, sentita la Direzione Generale Sanità e ad un valore economico non superiore comunque al 30% della relativa fatturazione.*

*Per le attività di specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale, comprensive delle attività di Pronto Soccorso non seguite da ricovero, la quota di risorse corrisponde a ..... € pari al finanziato 2005, al netto delle attività di radioterapia e di dialisi calcolati secondo le modalità previste dalla DGR VII/ del , relativa alle regole per l'esercizio 2006, portata al 90%. Al raggiungimento della predetta soglia la struttura erogatrice accreditata, in assenza di previo accordo, non è autorizzata ad erogare prestazioni per conto del servizio sanitario regionale. L'eventuale integrazione di risorse, a livello complessivo ASL e per le tipologie di prestazioni che dovessero registrare un eccessivo squilibrio tra domanda ed offerta, sarà concordata per iscritto tra la ASL ed i soggetti accreditati coinvolti nella erogazione delle citate prestazioni, compatibilmente con i budget delle aziende ASL, sentita la Direzione Generale Sanità e ad un valore economico non superiore comunque al 30% della relativa fatturazione. L'impegno ad erogare prestazioni a carico del servizio sanitario regionale vale fino a questa quota. Le restanti risorse*

*destinate dalla Giunta per le attività di specialistica ambulatoriale, pari a 14 punti percentuali, sono distribuite dalla ASL secondo i progetti di cui sopra*

*Art.4*

*Alla struttura è destinata una quota di risorse di ..... € relative alle attività di specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale e di ..... € relative alle attività di ricovero assegnate sulla base di specifici progetti (allegati al presente contratto) sviluppati con la finalità di risolvere criticità sui tempi di attesa o sulla base di precise valutazioni di tipo clinico epidemiologico e di particolari specificità territoriali anche in termini di squilibrio tra domanda ed offerta di prestazioni. La predetta quota sarà riconosciuta previa valutazione del raggiungimento degli obiettivi definiti dal progetto di cui all'allegato del presente contratto.*

*Art.5*

*Raggiungimento del valore di produzione assegnato*

*Le parti concordano che il raggiungimento del valore negoziato per le attività di ricovero e cura e di specialistica sarà valutato applicando ai volumi delle prestazioni erogate nel corso del 2006 le tariffe in vigore alla data di dimissione per i ricoveri ed alla data di effettuazione della prestazione o di chiusura del ciclo per la specialistica ambulatoriale.*

*Art. 6*

*Controllo dell'applicazione dei contenuti del contratto*

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

*Art. 7*

*Autoprescrizione delle prestazioni*

*I soggetti che ne hanno la facoltà, dovranno esplicitare le azioni che intendono intraprendere per promuovere al loro interno un utilizzo appropriato della possibilità di autoprescrivere prestazioni di ricovero, di specialistica e di diagnostica strumentale.*

*Art.8*

*Validità e durata*

*Le presenti disposizioni integrative hanno validità per l'intero esercizio 2006, fatta salva la facoltà di recesso di cui all'art. 11 dello schema tipo di contratto approvato con DGR 45708/99 .*

*Letto, confermato e sottoscritto.*

**IL DIRETTORE GENERALE**

**IL LEGALE RAPPRESENTANTE DELLA  
STRUTTURA**

## Allegato 8

### **Piano dei controlli, Banca Dati Assistito, qualità ed appropriatezza**

Anche nelle Regole 2006 le attività di controllo rimangono una priorità fondamentale da perseguire per il mantenimento dell'equilibrio di sistema. Tra l'altro l'efficacia dei controlli garantisce trasparenza e imparzialità alla azione della ASL ed assicura sicurezza e tutela al cittadino consumatore di servizi sanitari.

Il Piano dei controlli previsto dalla DGR VII/15324 del 2003 è lo strumento di cui le ASL dispongono per evidenziare ed integrare tra loro le varie linee di intervento previste ad inizio anno per tutte le aree oggetto di controllo.

Nell'attuale contesto la funzione di controllo, nella sua accezione più ampia, è probabilmente la parte preponderante del compito istituzionale della ASL. In tale ottica il piano dei controlli può essere considerato parte integrante del piano di programmazione annuale della ASL.

E' utili sottolineare che *in primis* il piano dei controlli deve rappresentare un vero e proprio strumento operativo in grado di evidenziare le criticità del sistema locale ed approntare le contromisure per limitarle. Per sostenere tale azione è oggi pienamente disponibile anche la BDA.

Quasi 8 milioni e mezzo di cittadini sugli oltre 9.000.000 sono stati "mappati" attraverso i consumi sanitari dell'anno 2003. Tale mappatura è stata resa possibile con la messa a punto di uno strumento unico in Italia la c.d. Banca Dati Assistito (BDA).

L'integrazione delle banche dati di interesse sanitario attraverso una chiave univoca di interazione (codice fiscale, ad esempio) consente di monitorare tutti i contatti dei malati con i servizi sanitari e di disegnare il caso clinico. L'inclusione degli assistiti in categorie in base a criteri di individuazione della patologia consente di effettuare la mappatura epidemiologica delle principali patologie. La mappatura della popolazione assistita dà la possibilità di valutare la distribuzione della patologia sul territorio e fare confronti spazio-temporali al fine di evidenziare scostamenti significativi meritevoli di approfondimenti sulle possibili cause e favorire l'introduzione di eventuali rimedi. E' un modo nuovo di "leggere" la realtà che pone realmente il paziente al centro del sistema.

Nel corso del 2006, con il coordinamento della Direzione Generale Sanità, la ASL deve utilizzare tale strumento per sviluppare:

- politiche e azioni di programmazione e valutazione,
- percorsi diagnostico terapeutico assistenziali per le principali patologie croniche,

- valutazione delle attività dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta

In particolare la BDA dovrà essere utilizzata per definire appropriatezza e costi delle principali patologie cronico degenerative e per fissare gli obiettivi di miglioramento da perseguire in corso d'anno.

Entro la fine di gennaio le ASL predispongono il Piano Annuale dei Controlli utilizzando, oltre le tradizionali informazioni, i dati contenuti nella BDA, definendo gli obiettivi di verifica e controllo ed i risultati attesi in termini di migliore appropriatezza e governo dei costi. A differenza degli altri anni il Piano pertanto deve essere indirizzato verso il controllo delle principali patologie cronico-degenerative, anche in attuazione al Piano della prevenzione attiva (allegato ...) definendo in dettaglio le principali azioni da compiere al fine di perfezionare gli atti da portare a termine per raggiungere dei livelli adeguati di appropriatezza e di garanzia e tutela dei cittadini. Pertanto i controlli che riguardano i ricoveri, le prestazioni ambulatoriali e la farmaceutica dovranno essere pertinenti con le valutazioni provenienti dalla BDA.

Sempre con l'utilizzo della BDA, nel Piano dei Controlli dovranno prevedersi le modalità per verificare il rispetto dei principali percorsi diagnostico terapeutici. E' infatti sempre più indispensabile che a fronte di percorsi ampiamente condivisi dalla comunità professionale si passi ad una verifica puntuale del rispetto degli stessi. Tutto ciò in coerenza con la costruzione delle reti di patologia (cardiologia, oncologia, etc.).

Nei Piani proposti si dovranno inoltre prevedere delle azioni specifiche di monitoraggio e controllo sulle modalità di corretta codifica delle tipologie di prestazioni, di seguito elencate, che nel 2006 saranno finanziate come extra-budget ed andranno indicati i momenti di valutazione per verificare la sostenibilità epidemiologica e finanziaria:

- le prestazioni relative ai DRG chirurgici con diagnosi principale di Neoplasia Maligna di cui all'elenco allegato;
- le attività di chemioterapia effettuate in day hospital che prevederanno l'utilizzo di farmaci antineoplastici ad alto costo, di seguito elencati, avranno la remunerazione composta come segue: un rimborso di 40 euro per accesso finalizzato a finanziare i soli costi assistenziali, ancillari e generali di struttura, ed il rimborso del costo del farmaco che sarà rendicontato attraverso il File F. Per queste tipologie di prestazioni dovrà essere effettuata, in collaborazione con le farmacie ospedaliere e con gli oncologi medici, una stima di previsione dei consumi 2006 al fine di avere un riferimento rispetto al quale effettuare le opportune verifiche anche procedendo, se necessario, all'effettuazione di attività di audit clinico finalizzate a valutare l'appropriatezza nell'utilizzo di questi farmaci;
- le prestazioni relative ai dimessi da strutture con Pronto Soccorso, DEA o EAS con diagnosi principale di cui all'elenco di seguito allegato. Per quanto

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

- le prestazioni relative a pazienti dimessi da Unità Operative di riabilitazione specialistica che abbiamo avuto in atto nel giorno della loro accettazione una sindrome post-comatosa caratterizzata da un punteggio Glasgow Coma Scale < 13, documentato dal punteggio delle singole voci, e supportata da adeguata documentazione di valutazione clinica e strumentale. Al momento della dimissione la struttura di riabilitazione, secondo le modalità che saranno indicate con apposita circolare dalla Direzione Generale Sanità entro il 31 dicembre 2005, segnalerà sulla SDO con un codice particolare l'evidenza della condizione clinica di sindrome post – comatosa;
- le prestazioni relative a pazienti dimessi da Unità Operative di riabilitazione specialistica che abbiamo avuto in atto nel giorno della loro accettazione postumi di mielolesione traumatica, vascolare, infettiva, infiammatoria e post – chirurgica. I postumi di mielolesione devono essere caratterizzati da un livello su scala ASIA (american spinal injury association) compreso tra A e C ed il quadro clinico deve essere supportato da adeguata documentazione di valutazione clinica e strumentale. Al momento della dimissione la struttura di riabilitazione, secondo le modalità che saranno indicate con apposita circolare dalla Direzione Generale Sanità entro il 31 dicembre 2005, segnalerà sulla SDO con un codice particolare l'evidenza della condizione clinica di postumi di mielolesione traumatica, vascolare, infettiva, infiammatoria e post – chirurgica.

Inoltre nel 2006 le ASL avranno a disposizione più gradi di libertà nell'assegnare le risorse, ci si riferisce in particolare alle attività di specialistica ambulatoriale, di cui 14 punti percentuali saranno assegnati dalle ASL agli erogatori sulla base di specifici progetti finalizzati a ridurre particolarmente situazioni di grave squilibrio domanda - offerta, ed alla farmaceutica. Per tale ragione è necessario che le ASL, in aggiunta alle attività di controllo preordinate centralmente sulle attività extra-budget e una volta assegnate le risorse aggiuntive, secondo criteri di imparzialità e trasparenza, individuino nel piano dei controlli le relative modalità di controllo. Se ad esempio la ASL attribuisce una quota di risorse addizionali ad una struttura erogatrice per far

fronte ad una crescente domanda di prestazioni ambulatoriali è necessario che siano da subito previste delle azioni mirate di controllo per verificare la pertinenza della diversa attribuzione di risorse.

La regola generale deve essere che i controlli seguono la dislocazione delle maggiori risorse perché in questi casi altissima deve essere la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni rese.

#### Attività dei Nuclei Operativi di Controllo

Deve essere rivolta, come sempre, alla verifica della congruenza e della appropriatezza delle prestazioni erogate, sia in regime di ricovero che ambulatoriale. Tale verifica potrà essere di tipo mirato o di tipo casuale. Fatto salvo il numero di ricoveri oggetto di controllo quantificabile tendenzialmente nel 5% della casistica posta a carico del SSR dai soggetti erogatori, ogni asl avrà la possibilità di intervenire dove maggiori sono le criticità.

Nel corso del 2006 sarà sperimentata una diversa modalità organizzativa nella attività di controllo. In particolare gli operatori NOC effettueranno dei controlli in ASL vicini. Incrociando gli interventi si auspica un maggiore equilibrio negli interventi ed un ulteriore arricchimento professionale degli operatori NOC. Le modalità per l'esecuzione dei controlli fuori sede saranno concordate e condivise con le varie ASL e saranno regolate in un apposito decreto della Direzione Generale Sanità da emanarsi entro il 31 gennaio del 2006.

#### Attività di audit clinico

Il coinvolgimento della comunità professionale iniziato con la condivisione delle regole di sistema deve ricevere un ulteriore e decisivo impulso proprio in relazione alle attività di verifica e controllo.

Per fare questo è necessario avviare un progetto per sperimentare le migliori modalità operative che consentano la valutazione delle principali attività. La suddetta attività di verifica deve avere una forte connotazione tecnica e professionale ed essere rivolta a specifici problemi clinici e assistenziali e focalizzata su criticità già evidenziate in sede di proposizione delle nuove regole di sistema.

In questa prima fase di sperimentazione si ritiene utile la verifica tra pari struttura dei ricoveri che usufruiscono della regola dell'extra-budget (cardiologia, oncologia, etc.) al fine di verificare e ridurre la variabilità dei comportamenti professionali e consentire eventuali aggiustamenti di "rotta".

Con un successivo decreto della Direzione Generale Sanità da emanarsi entro il 28 febbraio 2006 saranno definiti gli aspetti metodologici e tecnico-professionali ed i costi per realizzare il progetto relativo all'esame di un certo numero di cartelle cliniche.

#### Cartella clinica

L'importanza della corretta compilazione della cartella clinica è stata ribadita da tempo eppure numerosi processi civili e penali nonché procedimenti deontologici denotano la difficoltà dei medici ad utilizzare in modo adatto gli strumenti che

raccolgono e trasmettono informazioni. In questo caso poi, non si tratta di tutelare un importante diritto dei pazienti.

Il miglioramento della qualità della compilazione della cartella clinica rappresenta un importante obiettivo da perseguire nel corso del 2006. A tal fine sarà costituito un Gruppo di Lavoro composto oltre che dalla componente clinica anche da esperti del settore penale e civile e dei rappresentanti dei pazienti, con il compito di rivedere le linee guida e verificare la corretta applicazione delle stesse.

#### *Risk Management / Patient Safety*

Le azioni già intraprese nel 2005 sul tema della corretta gestione del rischio clinico e dalla sicurezza del paziente saranno integrate con gli altri progetti di promozione e di valutazione della qualità in atto che riguardano la valutazione delle strutture sanitarie con l'utilizzo degli standard Joint Commission ed il progetto quadriennale in collaborazione con il CRISP avente ad oggetto la valutazione dell'efficienza, dell'efficacia e della customer satisfaction. La valutazione, la prevenzione e la corretta gestione del rischio clinico e della sicurezza del paziente sono infatti degli aspetti decisivi del sistema qualità delle strutture sanitarie.

Saranno quindi prioritari nel corso del 2006:

- l'integrazione di questo lavoro con gli altri progetti già in atto nell'area qualità;
- un progressivo coinvolgimento della comunità professionale;
- la formalizzazione di un flusso informativo che consenta di effettuare una analisi degli errori più frequenti e di suggerire le azioni per migliorare la qualità delle prestazioni e garantire la sicurezza dei pazienti, con la finalità di approfondire la conoscenza della situazione esistente.

#### *Area Riabilitativa*

Per quanto riguarda le attività di riabilitazione erogate in attività di degenza si rileva che è in corso un lavoro di valutazione delle attività attualmente svolte, della letteratura scientifica disponibile sull'argomento e delle regole di definizione e di accesso ai servizi in vigore in altre nazioni (regolamento CMS per l'accesso ai servizi di MEDICARE negli USA ad esempio). Ciò ha permesso di individuare, in collaborazione con S.I.M.F.E.R., A.I.P.O. e G.I.C.R., delle situazioni di tipo post acuto, provviste quindi del "classico" evento indice, per cui sono opportune ed appropriate delle terapie di tipo intensivo / specialistico. Di seguito si trova il dettaglio descrittivo dei quadri morbosi sopramenzionati di cui con apposita circolare congiunta, entro il 31 dicembre 2005, la DG Sanità insieme con la DG Famiglia e Solidarietà Sociale, sempre in collaborazione con le citate società scientifiche, individueranno le codifiche ICD9-CM che dovranno essere utilizzate, al momento della dimissione, per la codifica della SDO (scheda di dimissione ospedaliera).

E' inoltre in fase avanzata la definizione, sempre in collaborazione con le principali società scientifico – professionali coinvolte, dei quadri morbosi e di alterazione

funzionale di organo o di apparato (nel contesto del decorso naturale di alcune delle principali patologie di tipo cronico – degenerativo di tipo neurologico, osteoarticolomuscolare, pneumologico e cardiologico) per cui possano ritenersi appropriate le cure in ambito riabilitativo specialistico; la caratteristica comune delle predette condizioni sarà quella di essere clinicamente trattabili in ambito riabilitativo con la finalità di ottenere il maggior recupero possibile della funzionalità di organo/apparato residua. Di seguito viene individuato un primo elenco, di significato iniziale, non esaustivo e passibile di verifiche ed aggiornamenti in corso d'anno, anche tramite la definizione di specifici accordi e protocolli tra le ASL ed i soggetti erogatori con loro a contratto, di cui, entro il 31 dicembre 2005 la DG Sanità insieme con la DG Famiglia e Solidarietà Sociale, con apposita circolare congiunta, sia pur in modo iniziale e non esaustivo, definiranno le codifiche ICD9-CM che dovranno essere utilizzate, al momento della dimissione, per la codifica della SDO ed alcuni criteri funzionali di gravità e di conseguente passibilità di presa in carico appropriata in regime di degenza ordinaria di tipo specialistico. Un'ulteriore caratteristica di questi quadri morbosi e di alterazione funzionale di organo o di apparato è quella infine di essere indicati per un trattamento di tipo riabilitativo che sia realmente complementare/alternativo rispetto a quello dell'acuzie e che venga ad assumere il significato di una gestione appropriata della cronicità che, nei diversi livelli di erogazione delle cure (ricovero, day hospital ed ambulatorio), persegue lo scopo di ripristinare/mantenere le migliori condizioni di compenso funzionale compatibili con lo stadio della patologia cronica in atto. Anche l'accurata analisi delle attività svolte dalle UO di riabilitazione nel corso del 2005 ed un puntuale monitoraggio delle attività che saranno erogate nel corso del 2006, affiancata, se ritenuto necessario, da attività di auditing clinico, permetterà di verificare e validare l'appropriato trattamento dei quadri morbosi e di alterazione funzionale di organo o di apparato qui individuati.

Sempre di seguito, infine, vengono dati i criteri di massima per la predisposizione del progetto riabilitativo di struttura e del progetto riabilitativo individuale che saranno considerati, anche in fase di verifica e di controllo delle attività erogate, la principale chiave di lettura e di giustificazione dell'appropriatezza delle cure erogate.

#### Progetto Riabilitativo di Struttura (PRS)

1. Si definisce "Struttura / UO di riabilitazione" quella in cui per tutti i pazienti trattati risulti documentato il "Progetto Riabilitativo Individuale";
2. le strutture riabilitative devono definire nel PRS la propria mission collocandosi all'interno delle tipologie previste dalla "delibera di riordino";
3. in "Riabilitazione Specialistica" il PRS deve essere redatto dalla Direzione Sanitaria in stretto raccordo con i Dirigenti di Struttura Complessa Specialista
4. in coerenza con la "mission" dichiarata devono essere esplicitati i raggruppamenti diagnostici prevalenti descrittivi della casistica trattata;
5. il PRS deve essere coerente con il POA e rispettare i requisiti di accreditamento strutturali ed organizzativi previsti per la tipologia riabilitativa;

6. preso atto che il PSSR prevede che: “l’obiettivo che la Regione Lombardia deve perseguire è quello di creare un modello di percorso integrato e continuo sanitario, socio-sanitario e socio-assistenziale”, ogni singola struttura riabilitativa deve prevedere nel PRS le modalità di raccordo con le altre strutture del percorso riabilitativo (UO invianti, UO accettanti, strutture territoriali etc.), in riferimento alle modalità prevalenti di accettazione e dimissione. Le modalità di raccordo devono almeno avere la possibilità di un riscontro documentale condiviso. È auspicabile che le varie strutture di riabilitazione agiscano in maniera coordinata all’interno di un’organizzazione “dipartimentale” e che questa venga descritta nel PRS;
7. ove possibile si raccomanda inoltre di descrivere nel PRS le modalità di integrazione della struttura nell’ambito della “rete delle cure intermedie” territoriali.

#### Progetto Riabilitativo Individuale (PRI)

Per il PRI si fa riferimento alla definizione ed ai contenuti espressi nelle “Linee Guida per le attività di Riabilitazione” (G.U. n. 124 del 30.5.1998).

1. il PRI attiene alla responsabilità del Dirigente medico dell’UO di Riabilitazione che emette la SDO relativa al paziente per cui si propone il progetto;
2. il PRI è il documento diagnostico, prognostico e terapeutico elaborato dal “Team Riabilitativo” responsabilità del Dirigente medico dell’U.O. di Riabilitazione;
3. il PRI viene stilato in base al gruppo diagnostico principale e alle diagnosi funzionali che caratterizzano il paziente ammesso alla struttura riabilitativa e si declina prendendo in considerazione attraverso gli aspetti previsti dalle dimensioni “attività e partecipazione” dell’ICF (International Classification of Functioning) dell’OMS. In modo particolare si richiede che, all’interno del progetto venga formulato un obiettivo coerente, vengano identificate le figure professionali che partecipano al progetto, vengano definite la metodologia e i tempi entro cui verificare (ad es. con scale funzionali validate) il raggiungimento degli obiettivi previsti;
4. il PRI deve far parte integrante della cartella clinica;
5. il PRI deve essere declinato in programmi riabilitativi.

#### Programma/i Riabilitativo/i Individuale/i (Pri)

1. I Pri rappresentano la declinazione sui singoli pazienti del Progetto Riabilitativo Individuale;
2. I Pri sono documenti che devono far parte integrante della cartella clinica;
3. I Pri devono essere tenuti a cura dell’operatore sanitario che li attua all’interno del “team riabilitativo” coordinato dal Direttore della UO Specialistica.

*Elenco patologie e di quadri morbosi e / o di alterazione funzionale di organo o di apparato (con evento indice e/o senza)*

- Stroke
- Lesioni del midollo spinale
- Deformità congenite
- Amputazioni
- Traumatismi multipli maggiori
- Fratture del femore (o di anca)
- Traumi cranici
- Poliartropatie gravemente disabilitanti incluso Artrite Reumatoide
- MM. Neurologiche incluse, sclerosi multipla, sclerosi laterale amiotrofica, mm. del motoneurone, distrofia muscolare, m. di Parkinson
- Ustioni
- Artrite reumatoide
- Fibrosi cistica
- Lupus eritematoso sistemico
- Miastenia Grave
- Sclerosi multipla
- Sclerosi sistemica
- Sclerosi laterale amiotrofica
- Pat. Neoplastica maligna
- Spondilite anchilosante
- Dermatomiosite-polimiosite
- Disturbi funzionali ad intervento di cardiocirurgia
- Rivascolarizzazione meccanica
- Scopenso cardiaco
- Trapianto cardiaco
- Arteriopatia periferica cronica ostruttiva
- Broncopneumopatia cronica ostruttiva
- Asma bronchiale
- Bronchiectasie
- Insufficienza respiratoria cronica da qualunque causa (criteri ATS)
- Malattie interstiziali del polmone
- Prima e dopo interventi di chirurgia addominale e toracica con particolare riferimento alla LVR
- Disturbi respiratori del sonno.

Come sopra previsto entro il 31 dicembre 2005 verranno indicati, per le situazioni che non presentano un evento indice, dei criteri di compromissione funzionale e di conseguente complessità di approccio terapeutico che giustificano il ricovero in riabilitazione di tipo specialistico.

## **Allegato 9**

### **Progetto CRS-SISS**

L'anno 2006 rappresenta l'anno cruciale per il progetto Carta Regionale dei Servizi-Sistema Informativo Socio Sanitario (CRS-SISS). Il progetto infatti, che rappresenta un passo importante nell'ambito di un piano globale di ammodernamento della Pubblica Amministrazione lombarda, diventa attivo in tutta la Lombardia consentendo il collegamento telematico flessibile e sicuro tra tutti gli operatori del mondo sanitario e sociale.

Il progetto avviato con DGR 46380/1999 ha visto l'estensione con la DGR 8379/2002 ed in questi anni ha completato la distribuzione delle CRS-SISS a tutti i cittadini lombardi, sono stati attivati i servizi iniziali SISS a Lecco, Cremona, Pavia, Milano1, Lodi, Mantova, Bergamo, Brescia, Varese, Como e Milano 3 ed i medici aderenti al progetto sono ormai vicini al 50 % ed è in costante aumento la loro attività di prescrizione ambulatoriale e farmaceutica con il SISS (in alcuni territori si è giunti al 90% delle prescrizioni SISS). La carta CRS-SISS è anche Tessera Europea di Assicurazione Malattia e Carta Nazionale dei Servizi.

L'obiettivo per il 2006 è quello di migliorare ulteriormente la qualità e l'efficienza nell'erogazione dell'assistenza socio-sanitaria, di incrementare i servizi resi ai cittadini e di ottimizzare l'uso delle risorse disponibili, in particolare completando i servizi iniziali in tutti i territori delle ASL lombarde e realizzando il consolidamento dei servizi; effettuando l'integrazione dei servizi SISS con il CUP regionale; ampliando gli attori SISS e offrendo un maggior accesso da parte dei cittadini alla rete SISS con l'attivazione massiccia dei farmacisti; attivando nuovi servizi: quali vaccinazioni, trasmissione di informazioni sanitarie tra medici e aziende ospedaliere. Questo porta ad un miglioramento della qualità del processo di prescrizione, diagnosi e cura; la riduzione dei tempi di latenza nel percorso delle informazioni; un maggior governo della spesa; la semplificazione dei processi per gli operatori della socio-sanità.

Nell'ambito di tale ottica di sviluppo, per potenziare l'effettiva integrazione del SISS con le procedure aziendali, l'utilizzo del SISS soprattutto presso le aziende ospedaliere, deve essere individuato con indicatori precisi e misurabili/oggettivi così come per quel che riguarda i MMG/PLS nel nuovo accordo regionale viene prevista una quota di incentivo legata sempre di più ad uso effettivo ed integrato del SISS.

Il progetto arriva quindi ad una fase di maturità nel 2006 tale da prospettare l'obbligatorietà del suo uso per tutti gli operatori sanitari, avviando contemporaneamente l'integrazione delle aziende accreditate.

Il livello dei costi SISS deve essere evidenziato dalle Aziende in sede di Bilancio preventivo e deve tenere conto dei livelli di sviluppo e di risultato attesi, fermo restando che la gestione complessiva del progetto resta in capo alla RL.

## **Allegato 10**

### **Area organizzazione e personale**

Si evidenziano di seguito criteri, azioni e risorse per la regolazione dell'area di riferimento:

- a) la semplificazione delle articolazioni organizzative aziendali da perseguire tramite:
  - lo sviluppo della dipartimentalizzazione nel governo delle risorse umane, finanziarie e strumentali assegnate in relazione ai posti letto attivati;
  - il completamento dell'assetto degli incarichi e delle funzioni dei SITRA;
  - una maggiore valorizzazione e responsabilizzazione dei livelli non apicali: strutture semplici, incarichi professionali, incarichi di coordinamento, posizioni organizzative;
  - la razionalizzazione degli incarichi di direzione di strutture complesse a seguito di attente valutazioni del peso organizzativo e funzionale delle stesse;
  
- b) lo sviluppo e l'aggiornamento costante di indicatori numerici ed economici, che comprendano almeno i seguenti parametri:
  - rapporti tra costi del personale e costi totali e tra costi del personale e ricavi;
  - rapporto tra contratti atipici e a tempo determinato e personale di ruolo;
  - rapporti tra le diverse macro-classi del comparto e della dirigenza;
  - numero di prestazioni pro-capite;
  - rapporto tra dipendenti e popolazione assistita nelle ASL
  - rapporto tra numero e costo del personale veterinario e allevamenti/capi macellati nelle ASL interessate

L'utilizzo degli indicatori è finalizzato ad analizzare - anche in vista dei provvedimenti di approvazione delle assunzioni e di eventuali interventi perequativi - la situazione della produttività collettiva e pro-capite e del personale delle aree professionali più critiche, fornendo - nell'incrocio con i dati relativi alla complessità assistenziale - elementi di lettura e confronto delle diverse realtà aziendali.

- c) rideterminazione dei fabbisogni effettivi di personale in proiezione triennale, come previsto dalle normative vigenti, sulla base del personale in servizio, delle linee di sviluppo e/o di riorganizzazione approvate nei

documenti di programmazione regionale e aziendale e delle compatibilità economiche.

- d) presentazione dei Piani di assunzione 2006, nel rispetto dei vincoli posti dai provvedimenti nazionali e regionali e di bilancio aziendale, unitamente ai bilanci di previsione e loro approvazione regionale entro il primo trimestre dell'anno, previa verifica dell' effettiva attuazione dei Piani precedenti e della predisposizione di appositi piani di dismissione del personale per raggiunti limiti d'età..

Per i Piani di assunzione si dovranno considerare prioritariamente:

1. le diverse situazioni aziendali, anche alla luce dei punti precedenti (indicatori e prospettive di sviluppo);
2. le compatibilità di sistema, secondo le disposizioni finanziarie nazionali e regionali con particolare attenzione ai rapporti di consulenza;
3. l'impossibilità di operare incrementi dei fabbisogni effettivi non motivati dall'avvio di nuovi servizi e/o di nuove attività;
4. l'opportunità di sfruttare sinergie tra Aziende allo scopo di trasferire competenze e capacità, anche mediante utilizzo temporaneo di personale, a sostegno delle situazioni maggiormente carenti.

- e) Per quanto riguarda gli oneri contrattuali dovranno essere debitamente rendicontati:

- i costi relativi ai rinnovi dei CCNL per il 2° biennio economico (2004-2005) secondo la percentuale di incremento concordata nell'accordo Governo-OO.SS. del 27 maggio 2005 e riportata negli Atti di indirizzo del Comitato di settore del Comparto Sanità del 21 settembre u.s., che è pari a regime al 5,01% del Monte salari 2003;
- i costi di competenza dell'anno 2006 relativi al biennio 2006-2007 dei CCNL 2006-2009, calcolati sulla base dei documenti di programmazione economico-finanziaria nazionale;

- le risorse aggiuntive finalizzate al raggiungimento di progetti/obiettivi di miglioramento di interesse regionale, individuati nell'ambito degli appositi accordi vigenti tramite accordi regionali sugli indirizzi di progetto

Per ciascuna delle suddette voci, dovrà essere presentata una dettagliata relazione tecnico-economica sulla base di un modello fac-simile predisposto dagli uffici regionali competenti.

- f) completamento percorso di accreditamento in qualità di provider per ECM e il rilancio di un investimento sulle politiche formative privilegiando la formazione sul campo, in particolare per dare piena attuazione al modello CPD/ECM lombardo e per consolidare e sviluppare le competenze dei profili maggiormente critici in termini di responsabilità e impatto sull'attività assistenziale. Tale aspetto verrà valutato più in dettaglio a seguito di una rendicontazione e un'analisi dei piani aziendali di formazione e delle relative spese direttamente sostenute nel corso del 2005, in funzione della presentazione dei Piani di formazione del 2006 che dovranno essere inviati alla DGS entro il 31 gennaio.

Particolare attenzione dovrà essere riservata, con il supporto degli uffici regionali competenti, a iniziative formative che – coerentemente con i progetti di qualità avviati nel 2005 – accompagnino azioni di crescita delle competenze trasversali e professionali del personale con incarichi di responsabilità.

Dovranno essere previsti specifici percorsi formativi, in particolare per il personale delle Aziende Sanitarie Locali anche in relazione al rafforzamento del loro ruolo di collegamento del bisogno sanitario con l'offerta di servizi sanitari, sui temi della programmazione, degli aspetti epidemiologici, della Banca Dati Assistito e sul ruolo dei distretti.

## **Allegato 11**

### **Medicina Convenzionata: MMG, PLS e Continuità Assistenziale**

Il sistema delle regole 2006 segnerà un'inversione di tendenza avviando un percorso di definizione di un'attribuzione complessiva di risorse destinate ai MMG, PLS e MCA non basata su logiche incrementali a partire dalla spesa storica. Nella definizione delle risorse del 2006 le ASL dovranno considerare i seguenti elementi: :

#### **MMG, PLS**

- voci fisse di cui al nuovo ACN : dato storico;
- forme associative: dato storico attualizzato con trend di sviluppo, tenendo conto del differente peso economico delle forme associative e quindi in relazione alle compatibilità del fondo di cui all'A.C.N.;
- prestazioni variabili: domiciliari (APD e ADI) e prestazioni di particolare impegno professionale (PIPP): dato storico corretto rispetto a indicatori sulla popolazione target, livelli di appropriatezza. Il dato viene eventualmente corretto anche rispetto alla composizione della popolazione e alla dispersione geografica di quest'ultima;
- prestazioni variabili PLS: dato storico corretto con trend di incremento ultimi due anni

#### **MCA**

Dato storico: per quanto riguarda il servizio di Continuità Assistenziale l'anno 2006 consentirà di raccogliere informazioni sulle prestazioni offerte e la loro tipologia, corretti per i livelli di dispersione della popolazione.

Sarà rilanciata l'autonomia aziendale rispetto ai progetti dell'area del governo clinico (di cui all'A.C.N.); la Regione fornirà indicazioni rispetto alle aree di risultato efficaci a supportare le politiche regionali, demandando all'ACR eventuale accordo rispetto ad indicatori e modalità. L'ulteriore progettualità a cura delle Aziende (se in particolare al di fuori del livello dei costi previsti) dovrà essere evidenziata nel bilancio preventivo.

#### **MEDICINA SPECIALISTICA CONVENZIONATA**

Verrà sviluppata la progettualità aziendale per l'utilizzo della quota variabile della convenzione (1,7 €/ora) finalizzata a progetti di interesse locale sulla razionalizzazione dell'accesso, fornendo preliminarmente delle indicazioni di massima e demandando all'ACR la definizione di aree di intervento e indicatori di risultato.

## **Allegato 12**

### **Le attività di prevenzione medica e veterinaria**

Come indicato nel Piano Regionale di Sviluppo della VIII legislatura, i principi ispiratori cui saranno improntati gli interventi nel campo della prevenzione sono:

- l'integrazione ed il coordinamento intersettoriale, anche con Enti ed Istituzioni esterni al SSR;
- il riferimento, per ogni azione, che pure sarà contestualizzata al territorio lombardo, ai grandi obiettivi di salute della programmazione nazionale e comunitaria;
- l'ispirazione all'EBM-EBP, intesa come completamento dell'opera di revisione sistematica di attività, pratiche e prestazioni di sanità pubblica in base a criteri di appropriatezza e di efficacia sanitaria e , conseguentemente, come semplificazione e burocratizzazione di taluni percorsi.

Sotto il profilo organizzativo, la prospettiva è quella di una sempre maggior affermazione della logica dipartimentale, con una gestione coordinata delle risorse nei Dipartimenti di Prevenzione Medico e Veterinario e nei relativi Servizi, ed il potenziamento delle forme di integrazione con gli altri Dipartimenti Aziendali ed i Distretti.

In tale quadro prospettico, oltre alle azioni innovative presenti nei Piani regionali di settore previsti per il 2006, per i quali si prevede uno specifico finanziamento aggiuntivo, è comunque necessario che le attività già svolte ed i risultati sinora conseguiti, siano mantenuti, con l'attività ordinariamente garantita dalle ASL.

In particolare, per il 2006, dovranno essere raggiunti i seguenti obiettivi:

1. profilassi delle malattie infettive:
  - a. piena realizzazione della DGR. VII/18853/2004, con particolare riguardo alla semplificazione dei sistemi di segnalazione, implementazione del nuovo flusso informativo, reperibilità 24/24, applicazione dei protocolli di intervento a fronte di focolai epidemici;
  - b. conseguimento degli obiettivi di copertura vaccinale, nell'infanzia e nell'adulto, come previsti negli atti programmatici nazionali e regionali;
2. gestione situazioni emergenziali: attuazione di quanto previsto dalle rispettive linee-guida regionali, per la gestione di emergenze infettive, sia in ambito umano che veterinario, o di natura terroristica , ivi compresa la necessaria dotazione di attrezzature e dispositivi;
3. sicurezza alimentare:

- a. adempimenti previsti dai Piani di controllo sulle strutture di produzione di alimenti e mangimi, nonché sulla preparazione e somministrazione di alimenti e bevande;
  - b. realizzazione dei piani di campionamento ed effettuazione delle analisi previste;
  - c. adempimenti correlati ai sistemi di allerta alimentari, ivi compreso il rispetto dei tempi;
  - d. attivazione dei sistemi informativi e rispetto dei relativi debiti – anagrafe ditte, gestione sopralluoghi, ecc..- come previsti negli atti di indirizzo regionali;
4. sanità animale:
- a. realizzazione dei Piani nazionali e regionali di controllo ed eradicazione delle malattie degli animali;
  - b. effettuazione controlli su corretto impiego dei farmaci, benessere animale, sottoprodotti di origine animale e sul rispetto delle norme relative al settore della riproduzione animale;
  - c. gestione dei sistemi anagrafici (aziende zootecniche e anagrafe canina);
5. educazione sanitaria e promozione stili di vita: dovrà essere garantito il proseguimento dei progetti avviati nel 2005, nonché implementate nuove iniziative, almeno su promozione dell'attività motoria, educazione ad una corretta alimentazione e prevenzione del tabagismo, secondo i piani e indirizzi regionali ed in possesso dei requisiti metodologici da essi indicati. Relativamente ai progetti per la prevenzione degli incidenti domestici e stradali dovrà essere garantito il proseguimento dei progetti avviati, mentre ulteriori iniziative, previste nell'ambito del Piano di Prevenzione attiva per il 2006, saranno finanziate ad hoc;
6. attività di prevenzione secondaria: lo screening per il carcinoma mammario dovrà proseguire, con il rispetto delle modalità previste dalla linee-guida regionali, garantendo altresì l'effettuazione degli esami nei tempi previsti – scadenze di round- e con percentuali di adesione corrette superiori al 60%. Per quanto riguarda lo screening per il carcinoma della cervice dovrà essere completata la ricognizione dei differenti flussi informativi e dell'offerta presente nel territorio, mentre lo screening per il carcinoma del colon-retto dovrà proseguire come previsto dal Piano Oncologico, che ha attribuito uno specifico finanziamento aggiuntivo (vedi allegato 3);
7. medicina legale: l'attività svolta nell'ambito delle Commissioni per l'accertamento dell'invalidità civile dovrà essere svolta, nel rispetto dei tempi e modi previsti dagli indirizzi regionali e relativi indicatori;
8. attività di prevenzione e controllo delle acque potabili e degli ambienti di vita:
- a. realizzazione dei piani di controllo e campionamento delle acque destinate al consumo umano;
  - b. attuazione dei piani e protocolli sulle acque di balneazione;
  - c. attività di controllo e programmazione in materia di igiene edilizia;
  - d. adesione ai piani regionali di monitoraggio e controllo (amianto, radon);

9. prevenzione e Sicurezza in ambiente di lavoro: oltre alla realizzazione dei progetti di cui al Piano regionale per la promozione della salute e della sicurezza negli ambienti di lavoro dovrà essere garantita:
- a. la tradizionale attività di vigilanza di tipo ispettivo svolta dalle ASL (nei comparti più a rischio come i cantieri edili, dovrà essere possibilmente aumentata) mirando a una integrazione e coordinamento con gli altri Enti Ispettivi in materia di lavoro, come la Direzione regionale del Lavoro;
  - b. una riconversione delle attività di controllo nelle aziende, mirando a privilegiare la verifica dei processi e dei sistemi aziendali di sicurezza e garanzia per la salute dei lavoratori;
  - c. la promozione della assistenza, informazione e formazione ai soggetti (sia imprenditori che lavoratori) per favorire la responsabilizzazione sui temi specifici.

La costruzione di un sistema informativo, specie per quanto riguarda gli infortuni e le malattie professionali, integrato fra gli Enti interessati.