RegioneLombardia
LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° X / 4702 Seduta del 29/12/2015

Presidente **ROBERTO MARONI**

Assessori regionali FABRIZIO SALA *Vice Presidente*
VALENTINA APREA
VIVIANA BECCALOSSI
SIMONA BORDONALI
FRANCESCA BRIANZA
CRISTINA CAPPELLINI
GIOVANNI FAVA
GIULIO GALLERA
MASSIMO GARAVAGLIA
MARIO MELAZZINI
MAURO PAROLINI
ANTONIO ROSSI
ALESSANDRO SORTE
CLAUDIA TERZI

Con l'assistenza del Segretario Fabrizio De Vecchi

Su proposta del Presidente Roberto Maroni di concerto con l'Assessore Mario Melazzini

Oggetto

DETERMINAZIONI IN ORDINE ALLA GESTIONE DEL SERVIZIO SOCIOSANITARIO PER L'ESERCIZIO 2016 - (DI CONCERTO CON L'ASSESSORE MELAZZINI)

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

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

I Direttori Generali Walter Bergamaschi Roberto Albonetti

L'atto si compone di 358 pagine

di cui 347 pagine di allegati

parte integrante

VISTA la seguente normativa nazionale:

- decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421*";
- decreto legge 25 giugno 2008 n. 112 "*Disposizioni urgenti per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, la stabilizzazione della finanza pubblica e la perequazione tributaria*" convertito, con modificazioni, in legge 6 agosto 2008 n. 133;
- decreto legge 7 ottobre 2008 n. 154 "*Disposizioni urgenti per il contenimento della spesa sanitaria e in materia di regolazioni contabili con le autonomie locali*" convertito, con modificazioni, in legge 6 agosto 2008 n. 133;
- decreto legislativo 27 ottobre 2009 n. 150 "*Attuazione della legge 4 marzo 2009 n. 15 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni*";
- decreto legge 31 maggio 2010, n. 78 convertito in legge dall'art. 1, comma 1, legge 30 luglio 2010 n. 122 "*Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica*";
- decreto legge 13 maggio 2011, n. 70 convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, L. 12 luglio 2011, n. 106 "*Semestre Europeo – Prime disposizioni urgenti per l'economia*";
- decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 "*Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42*";
- decreto legge 6 luglio 2011, n. 98 "*Disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria*" convertito in legge dall'art. 1, comma 1, legge 15 luglio 2011, n. 111;
- decreto legge 6 luglio 2012 n. 95 "*Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini*", convertito in legge n. 135/2012;
- decreto legge 13 settembre 2012 n. 158, "*Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute*", convertito in legge 189/2012;

- decreto legge 10 ottobre 2012, n. 174 - "*Disposizioni urgenti in materia di finanza e funzionamento degli enti territoriali, nonché ulteriori disposizioni in favore delle zone terremotate nel maggio 2012*", convertito in legge 213/2012;
- decreto legge 18 ottobre 2012 n. 179, "*Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese*", convertito in legge 221/2012;
- legge 24 dicembre 2012 n. 228 "*Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2013)*;
- decreto legge 21 giugno 2013, n. 69 "*Disposizioni urgenti per il rilancio dell'economia*", convertito in legge 98/2013;
- decreto legge 31 agosto 2013 n. 101 "*Disposizioni urgenti per il perseguimento di obiettivi di razionalizzazione nelle pubbliche amministrazioni*", convertito, con modificazioni, in legge 125/2013;
- legge 23 dicembre 2014, n. 190 recante: "*Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato*" (Legge di stabilità 2015);
- decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70 "*Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*";
- decreto legge 19 giugno 2015, n. 78 e la relativa legge di conversione 6 agosto 2015, n. 125, recante: «Disposizioni urgenti in materia di enti territoriali. Disposizioni per garantire la continuità dei dispositivi di sicurezza e di controllo del territorio. Razionalizzazione delle spese del Servizio sanitario nazionale nonché norme in materia di rifiuti e di emissioni industriali»;

VISTI i vigenti Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro e Accordi Collettivi Nazionali del personale del comparto del Servizio Sanitario Nazionale, dell'area della Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa del Servizio Sanitario Nazionale, dell'area della Dirigenza Medico-Veterinaria del Servizio Sanitario Nazionale, dei Medici di Medicina Generale, dei Medici Pediatri di Libera Scelta e dei Medici Specialisti Ambulatoriali;

VISTE le seguenti Leggi Regionali**:**

- 30 agosto 2008 n. 1 "*Legge Regionale statutaria*";

- 31 marzo 1978 n. 34 *"Norme sulle procedure della programmazione, sul bilancio e sulla contabilità della Regione";*
- 31 luglio 2013, n. 5 recante *"Assestamento al bilancio per l'esercizio finanziario 2013 ed al bilancio pluriennale 2013/2015 a legislazione vigente e programmatico – I provvedimento di variazione con modifiche di leggi regionali*";
- 24 dicembre 2013, n. 23 "*Bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2014 e bilancio pluriennale 2014-2016 a legislazione vigente*";
- 5 agosto 2014 n. 24 "*Assestamento al bilancio 2014/2016 – I provvedimento di variazione con modifiche di leggi regionali*";
- 30 dicembre 2014, n. 36 *"Legge di stabilità 2015";*
- 30 dicembre 2014, n. 37 *"Bilancio di previsione 2015-2017";*

VISTA in particolare la L.R. n. 33/2009, come modificata dalla L.R. 23/2015;

RICHIAMATE le seguenti Deliberazioni di Giunta Regionale:

- DGR n. IX/4231 del 25.10.2012 "*Determinazione in merito alla remunerazione di alcune funzioni non coperte da tariffe predefinite svolte dalle aziende ed enti sanitari pubblici e privati accreditati per l'anno 2011*";
- DGR n. IX/4232 del 25.10.2012 "*Determinazioni in ordine ai criteri ed alla gestione delle risorse destinate alle funzioni non tariffabili per l'anno 2012";*
- DGR n. X/824 del 25.10.2013 "*Determinazione in merito alla remunerazione di alcune funzioni non coperte da tariffe predefinite svolte dalle aziende ed enti sanitari pubblici e privati accreditati per l'anno 2012 ed ulteriori determinazioni relativamente al finanziamento delle attività sanitarie*";
- DGR n. IX/3239 del 4.4.2012 "*Linee guida per l'attivazione di sperimentazioni nell'ambito delle politiche di welfare*";
- DGR n. IX/3375 del 9.5.2012 *"Rete regionale di prevenzione delle dipendenze - Anno 2012. Indicazioni alle ASL*";
- DGR n. X/116 del 14.5.2013 "*Determinazioni in ordine all'istituzione del fondo regionale a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili: atto di*

indirizzo";

- DGR n. 392/2013 del 12.07.2013 "*Attivazione di interventi a sostegno delle famiglie con la presenza di persone con disabilità, con particolare riguardo ai disturbi pervasivi dello sviluppo e dello spettro autistico*";
- DGR n. X/499 del 25.7.2013 "*Determinazioni in ordine alle sperimentazioni realizzate ai sensi della DGR 4 aprile 2012, n.3239 'Linee guida per l'attivazione di sperimentazioni nell'ambito delle politiche di welfare': indicazioni a conclusione del periodo sperimentale*";
- DGR n. X/856 del 25.10.2013 "*Interventi a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili ai sensi della DGR 116/2013: primo provvedimento attuativo*";
- DGR X/1846 del 16.5.2014 "*Sviluppo di modelli per potenziare l'accessibilità ai servizi di specialistica ambulatoriale in orari ed in giornate più favorevoli ai soggetti impegnati in attività lavorative*";
- DGR n. X/1980 del 20.6.2014 "*Determinazioni in ordine ai requisiti di accreditamento per le attività riabilitative (a seguito di parere della Commissione Consiliare competente)*";
- DGR n. X/2344 del 12.9.2014 "*Determinazioni in ordine all'applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita (PMA) di tipo eterologo*";
- DGR n. X/2022 dell'1.7.2014 "*Determinazioni in ordine all'evoluzione delle attività innovative ai sensi delle dd.g.r. 3239/2012 e 499/2013. Fase transitoria*";
- DGR n.1765 dell'8.5.2014 "*Il sistema dei controlli in ambito sociosanitario: definizione degli indicatori di appropriatezza in attuazione della dgr X/1185 del 20/12/2013*";
- DGR n. 2569 del 31.10.2014 "*Revisione del sistema di esercizio e accreditamento delle unità d'offerta sociosanitarie e linee operative per le attività di vigilanza e controllo (a seguito di parere della Commissione consiliare relativamente all'allegato 1)*";
- DGR n. 1953 del 13.6.2014 "*Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario regionale per l'esercizio 2014 - integrazione regolamentazione assenze nei servizi residenziali e semiresidenziali area disabili e dipendenze*";

- DGR n. 2942 del 19.12.2014 "*Interventi a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili ai sensi della dgr 116/2013: secondo provvedimento attuativo - conferma misure avviate nel 2014 e azioni migliorative*";
- DGR n. 2960 del 19.12.2014 "*Politiche regionali per il contrasto e la prevenzione della violenza nei confronti delle donne – Linee programmatiche e aree di intervento - legge regionale 3 luglio 2012, n. 11*";

VISTE:

- l'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014–2016 (Rep. N. 82/CSR del 10 luglio 2014);
- l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 5 agosto 2014 (rep. Atti. n. 98/CSR) sullo schema di decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle finanze concernente il Regolamento recante "*Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*";
- l'intesa siglata nella riunione della Conferenza Stato–Regioni del 26 febbraio 2015 in merito all'attuazione della legge 23 dicembre 2014, n. 190 recante: "*Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2015) (repertorio atti n. 37/CSR)";*
- l'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente la Manovra sul settore sanitario del 2 luglio 2015 (Rep. Atti n. 113 del 02.07.2015);
- le ulteriori previsioni contenute nella Legge di stabilità 2016 ("*Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato*");

RICHIAMATI tutti i provvedimenti concernenti le Regole di Sistema per il Servizio Socio Sanitario Regionale e in particolare:

- la DGR n.X/1185 del 20.12.2013 "*Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2014";*

- la DGR n. X/2989 del 23.12.2014 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2015";
- la DGR n. X/3993 del 04.08.2015 "Ulteriori determinazioni in ordine alla gestione del servizio sanitario regionale per l'esercizio 2015";
- la DGR n. X/4376 del 20.11.2015 "Terzo provvedimento relativo ad ulteriori determinazioni in ordine alla gestione del Welfare per l'esercizio 2015";

RILEVATO che le Intese Stato-Regioni del 26 febbraio e del 2 luglio 2015, il Decreto legge 19 giugno 2015, n. 78 e la relativa legge di conversione 6 agosto 2015 , n. 125 definiscono gli importi e le modalità di raggiungimento degli obiettivi di finanza pubblica per l'esercizio 2015 ai quali il comparto Sanità contribuisce prevedendo una riduzione delle risorse destinate al finanziamento di settore;

CONSIDERATA la necessità di fornire indicazioni operative ai fini dell'attuazione delle ultime disposizioni normative con particolare attenzione al rispetto dell'equilibrio economico del sistema vincolando la fattibilità delle seguenti disposizioni ai contenuti della legge di stabilità 2016;

RITENUTO, al fine di programmare l'assistenza socio sanitaria nel rispetto dell'equilibrio di bilancio per l'anno 2016, di confermare l'impianto e l'assetto regolativo vigente in ordine alla gestione del Sistema sociosanitario lombardo (SSL), con le precisazioni, integrazioni e modifiche contenute nell'Allegato "*Regole di Gestione del Servizio Sociosanitario 2016*" Parte Integrante Del Presente provvedimento che contiene i seguenti sub-allegati:

- Sub Allegato 1 "*Indicazioni e passaggi procedurali amministrativi e contabili ai fini dell'attuazione del Nuovo modello di gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale*";
- Sub Allegato 2 "*Criteri per la definizione delle dotazioni di personale dei nuovi enti*";
- Sub Allegato 3 "*Individuazione delle competenze sui macroprocessi aziendali in essere presso ATS e ASST a seguito della l.r. 23/2015*";
- Sub Allegato 4 "*Vademecum sulla gestione dei contratti*";
- Sub Allegato 5 "*Contratti assicurativi e gestione del contenzioso*";

- Sub Allegato 6 "*I servizi di tesoreria*";
- Sub Allegato 7 "*Primi interventi sui sistemi informativi*";
- Sub Allegato 8 "*Prime indicazioni per il rebranding degli enti del Sistema Socio Sanitario Lombardo a seguito dell'entrata in vigore della l.r 23/2015*";
- Sub Allegato 9 "*Procedura per l'esercizio e l'accreditamento di unità di offerta sociosanitarie*";
- Sub Allegato 10 "*Schema di contratto per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra ATS e soggetto gestore di unità di offerta socio sanitarie accreditate*";
- Sub Allegato 11 "*DGR Pediatrici di alta specialità*";
- Sub Allegato 12 "*Aggiornamento dgr n. 3654/2015*";
- Sub Allegato 13 "*Proposta di indicazioni operative per l'uso di strumenti di telemedicina a supporto delle cure primarie nella sperimentazione CreG*";
- Sub Allegato 14 "*Remunerazione Assistenza Dialisi Lombardia*";
- Sub Allegato 15 "*Linee guida per la gestione dei trasporti sanitari semplici di soggetti nefropatici sottoposti a sedute dialitiche e aggiornamento delle relative tariffe di rimborso*";
- Sub Allegato 16 "*Appropriatezza EGSD e Colonscopia*";
- Sub Allegato 17 "*Medicina di laboratorio*";
- Sub Allegato 18 "*Nuove Unioni di Acquisto*";
- Sub Allegato 19 "*Aggiornamento Schema di Accordo di cui alla dgr 1427/2014*";

ATTESI i rilevanti cambiamenti connessi all'attuazione della l.r. 23/2015 e in particolare all'attivazione di una nuova Agenzia che coordinerà i controlli nel settore sociosanitario, si è ritenuto opportuno nella definizione delle regole, il garantire, comunque, la necessità di continuità nella gestione dei servizi senza diminuire il livello quali quantitativo degli stessi, fissando alcune misure con modalità transitorie e cedevoli;

RITENUTO di approvare gli allegati di cui sopra parti integranti del presente provvedimento;

RITENUTO di dare mandato alla Direzione Generale Welfare per la puntuale applicazione di quanto disposto con il presente provvedimento;

PRESO ATTO altresì della preventiva informazione resa in particolare:

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

RICHIAMATI i seguenti documenti di programmazione regionale:

- DCR n. IX/0088 del 17 novembre 2010 "*Piano Socio Sanitario Regionale 2010-2014*";
- DCR n. X/78 del 9 luglio 2013 "*Programma regionale di sviluppo della X legislatura*" e i relativi aggiornamenti approvati mediante il Documento di Economia e Finanza Regionale (DEFR) di cui alla Risoluzione del Consiglio Regionale n. 897 del 24 novembre 2015;

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

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

VAGLIATE ed ASSUNTE come proprie le predette determinazioni;

A voti unanimi espressi nelle forme di legge;

DELIBERA

1) di definire le Regole di gestione del Sistema sociosanitario lombardo (SSL) per l'anno 2016, approvando conseguentemente l'Allegato "*Regole di Gestione del Servizio Sociosanitario 2016*" parte integrante del presente provvedimento che contiene i seguenti sub-allegati:

   - Sub Allegato 1 "*Indicazioni e passaggi procedurali amministrativi e contabili ai fini dell'attuazione del Nuovo modello di gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale*";
   - Sub Allegato 2 "*Criteri per la definizione delle dotazioni di personale dei nuovi enti*";
   - Sub Allegato 3 "*Individuazione delle competenze sui macroprocessi aziendali in essere presso ATS e ASST a seguito della l.r. 23/2015*";
   - Sub Allegato 4 "*Vademecum sulla gestione dei contratti*";
   - Sub Allegato 5 "*Contratti assicurativi e gestione del contenzioso*";
   - Sub Allegato 6 "*I servizi di tesoreria*";
   - Sub Allegato 7 "*Primi interventi sui sistemi informativi*";
   - Sub Allegato 8 "*Prime indicazioni per il rebranding degli enti del Sistema Socio Sanitario Lombardo a seguito dell'entrata in vigore della l.r 23/2015*";
   - Sub Allegato 9 "*Procedura per l'esercizio e l'accreditamento di unità di offerta sociosanitarie*";
   - Sub Allegato 10 "*Schema di contratto per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra ATS e soggetto gestore di unità di offerta socio sanitarie accreditate*";
   - Sub Allegato 11 "*DGR Pediatrici di alta specialità*";
   - Sub Allegato 12 "*Aggiornamento dgr n. 3654/2015*";
   - Sub Allegato 13 "*Proposta di indicazioni operative per l'uso di strumenti di telemedicina a supporto delle cure primarie nella sperimentazione CreG*";
   - Sub Allegato 14 "*Remunerazione Assistenza Dialisi Lombardia*";

- Sub Allegato 15 "*Linee guida per la gestione dei trasporti sanitari semplici di soggetti nefropatici sottoposti a sedute dialitiche e aggiornamento delle relative tariffe di rimborso*";
- Sub Allegato 16 "*Appropriatezza EGSD e Colonscopia*";
- Sub Allegato 17 "*Medicina di laboratorio*";
- Sub Allegato 18 "*Nuove Unioni di Acquisto*";
- Sub Allegato 19 "*Aggiornamento Schema di Accordo di cui alla dgr 1427/2014*";

2) di confermare, per l'esercizio 2016, l'impianto e l'assetto regolativo vigente in ordine alla gestione del Sistema sociosanitario lombardo (SSL), con le precisazioni, integrazioni e modifiche contenute negli allegati parti integranti e sostanziali del presente atto;

3) di dare mandato alla Direzione Generale Welfare per la puntuale applicazione di quanto disposto con il presente provvedimento;

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

IL SEGRETARIO
FABRIZIO DE VECCHI

Atto firmato digitalmente ai sensi delle vigenti disposizioni di legge

Allegato

REGOLE DI GESTIONE
DEL
SERVIZIO SOCIOSANITARIO
2016

Sommario

1. INQUADRAMENTO ECONOMICO: IL QUADRO DEL SISTEMA PER L'ANNO 2016 7

2. ATTUAZIONE LEGGE 23/2015 - INDICAZIONI PER LA COSTITUZIONE DELLE NUOVE AZIENDE 27

2.1. INDICAZIONI E PASSAGGI PROCEDURALI AMMINISTRATIVI E CONTABILI AI FINI DELL'ATTUAZIONE DEL NUOVO MODELLO DI GESTIONE DEL SERVIZIO SOCIO SANITARIO REGIONALE (L.R. 23/2015) 27

2.2. LINEE GUIDA PER IL PERSONALE 28

2.3. LINEE GUIDA PRIMI PIANI ORGANIZZATIVI AZIENDALI 30

2.4. LINEE GUIDA PER LA GESTIONE DEI CONTRATTI 31

2.5. LINEE GUIDA SISTEMI INFORMATIVI 31

2.6. LINEE GUIDA SU FARMACI E PROTESICA 34

2.7. PRIME INDICAZIONI PER L'INTEGRAZIONE DELLE ATTIVITÀ SANITARIE E SOCIOSANITARIE CON QUELLE SOCIALI AI SENSI DELLA L.R. 23/2015 36

2.8. PRIME INDICAZIONI PER L'IMMAGINE COORDINATA DEGLI ENTI DEL SISTEMA SOCIOSANITARIO LOMBARDO A SEGUITO DELL'ENTRATA IN VIGORE DELLA L.R. 23/2015 37

2.9. ULTERIORI DETERMINAZIONI SULLA COSTITUZIONE DELLE AZIENDE 37

3. INDIRIZZI REGOLATORI NELL'AMBITO DELLA PROGRAMMAZIONE REGIONALE 38

3.1. INDIRIZZI PER L'ACCREDITAMENTO, NEGOZIAZIONE E STIPULA DEI CONTRATTI CON GLI EROGATORI 38

3.1.1. ACCREDITAMENTO 38

3.1.1.1. AREA SANITARIA 38

3.1.1.2. AREA SOCIOSANITARIA INTEGRATA 40

3.1.2. PROGRAMMAZIONE, NEGOZIAZIONE E CONTRATTUALIZZAZIONE 43

3.1.2.1. AREA SANITARIA 43

3.1.2.2. AREA SOCIOSANITARIA INTEGRATA 48

3.2. REVISIONI TARIFFARIE 52

3.2.1. INTEGRAZIONE TARIFFARIA PER PRESIDI MONOSPECIALISTICI MATERNO INFANTILE CON CASISTICA COMPLESSA 52

3.2.2. RIMODULAZIONI TARIFFARIE PER CHIRURGIA VERTEBRALE (RICOVERO) E POLISONNOGRAFIA/MONITORAGGIO CARDIO-RESPIRATORIO (AMBULATORIALE). 53

3.3. INDIRIZZI PER I CONTROLLI NELLA FASE DI AVVIO DELL'AGENZIA DEI CONTROLLI 57

3.3.1. CONTROLLO DELLE PRESTAZIONI SANITARIE 57

3.3.2. VERIFICA DELLA QUALITA' DELLE PRESTAZIONI DI LABORATORIO ANALISI 62

3.3.3. PIANO ANNUALE DI VIGILANZA E CONTROLLO UNITÀ D'OFFERTA SOCIOSANITARIE 63

4. INDIRIZZI PER L'EROGAZIONE DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA (LEA) 69

4.1. AREA PREVENZIONE 69

4.2. AREA VETERINARIA 74

4.3. AREA AMBULATORIALE 76

4.3.1. AREA DI GOVERNO DEI TEMPI DI ATTESA 76
4.3.2. AREA DI GOVERNO DELLA CUSTOMER SATISFACTION 77
4.3.3. SPERIMENTAZIONE WALK- IN CENTRE (VIA RUGABELLA-MILANO) 77
4.4. AREA CURE PRIMARIE 78
4.5. PROFESSIONI SANITARIE 80
4.6. SALUTE MENTALE E NEUROPSICHIATRIA INFANTILE 80
4.7. SANITÀ PENITENZIARIA 82
4.8. IMPLEMENTAZIONE DELLE RETI SANITARIE 83
4.8.1. RETI DI PATOLOGIA 83
4.8.2. TUMORI EREDOFAMILIARI DI MAMMELLA E OVAIO 83
4.8.3. RETE PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA (PMA) 84
4.8.4. RETE DELLE CURE PALLIATIVE 85
4.8.5. RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE 85
4.8.6. RETE DELLE UNITÀ OPERATIVE OSPEDALIERE DI MEDICINA DEL LAVORO (UOOML) 86
4.8.7. RIORDINO RETI SERVIZI DI MEDICINA DI LABORATORIO 87
4.8.8. SERVIZI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA TERRITORIALE (GIÀ NUOVE RETI SANITARIE) 89
4.8.9. RETE PER L'ASSISTENZA ALLA MADRE E AL NEONATO 89
4.8.9.1. DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE CITTÀ DI MILANO 94
4.8.10. SISTEMA TRASFUSIONALE REGIONALE 95
4.8.11. SISTEMA REGIONALE TRAPIANTI 96
4.9. INTERVENTI PER LA CRONICITÀ 96
4.9.1. LINEE GUIDA PER LA GESTIONE DEI TRASPORTI SANITARI SEMPLICI DI SOGGETTI NEFROPATICI SOTTOPOSTI A SEDUTE DIALITICHE E AGGIORNAMENTO DELLE RELATIVE TARIFFE DI RIMBORSO 102
4.10. AVVIAMENTO DEL RIORDINO DEL SISTEMA EMERGENZA/URGENZA: PRIME INDICAZIONE RELATIVE ALLA APPLICAZIONE DEL DM 70 103
4.10.1. MIGLIORAMENTO DELL'ATTIVITÀ DI SOCCORSO E ASSISTENZA AI PAZIENTI IN CONDIZIONI CLINICHE DI URGENZA 103
4.11. INTERVENTI PER IL MIGLIORAMENTO DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA 104
4.11.1. IN AMBITO DI DIAGNOSTICA STRUMENTALE 104
4.11.2. IN AMBITO DI MEDICINA DI LABORATORIO 104
4.12. AREA FARMACEUTICA 104
4.12.1. FARMACI PER ONCOLOGIA E ONCOEMATOLOGIA 104
4.12.2. MALATTIE RARE E EROGABILITÀ A CARICO DEL SSR 105
4.12.3. RSA – RSD E NUTRIZIONE ARTIFICIALE 106
4.12.4. FARMACEUTICA, ASSISTENZA INTEGRATIVA E DIETETICA 106
4.13. AREA SOCIO SANITARIA INTEGRATA 110

4.13.1. CURE INTERMEDIE 110
4.13.2. SPERIMENTAZIONI DELL'AREA SOCIOSANITARIA 112
4.13.3. VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE NELLE RSA 112
4.13.4. ACCERTAMENTO SANITARIO PER INVALIDITÀ CIVILE, CECITÀ, SORDITÀ, HANDICAP, DISABILITÀ 113
4.14. RICERCA E INNOVAZIONE 114
4.14.1. SISTEMA BIBLIOTECARIO BIOMEDICO LOMBARDO - SBBL 115
4.14.2. FIBROSI CISTICA - QUOTE PER LA RICERCA DI CUI ALLA L. N. 548/93 115
4.15. MEDICINA COMPLEMENTARE 116
4.16. INTERVENTI PER LA PREVENZIONE E IL CONTRASTO DELLE MGF 116
5. INVESTIMENTI E GOVERNO EFFICIENZA DELLE AZIENDE PUBBLICHE 117
5.1. INVESTIMENTI 117
5.2. LINEE DI INDIRIZZO ACQUISTI DELLE AZIENDE SANITARIE 118
5.3. RISK MANAGEMENT 128
5.4. PIANI DI MIGLIORAMENTO DI EFFICIENZA DELLE ASST: ATTUAZIONE LEGGE DI STABILITÀ 132
5.5. PROGRAMMA INTEGRATO DI MIGLIORAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE 133
5.6. POLITICHE DEL PERSONALE 133
5.6.1. PIANI GESTIONE RISORSE UMANE 133
5.6.2. FLUSSI INFORMATIVI SUL PERSONALE 134
5.6.3. SERVIZIO DI EMERGENZA URGENZA EXTRAOSPEDALIERO 134
5.6.4. RELAZIONI SINDACALI 135
5.6.5. ECM-PROVIDER 135
5.6.6. CENTRALE OPERATIVA REGIONALE DELLA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE 135
5.7. TRASPARENZA E PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE 135
5.8. OBBLIGHI INFORMATIVI DIREZIONE STRATEGICA 136
6. INTERVENTI PER EQUITA' E SEMPLIFICAZIONE NELL'ACCESSO AL SISTEMA 137
6.1. COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA 137
6.1.1. RINNOVO ESENZIONI TICKET DA REDDITO 137
6.1.2. VITTIME DEL DOVERE E DELLE CATEGORIE A QUESTE EQUIPARATE OVVERO DEI FAMILIARI SUPERSTITI 138
6.2. SISTEMI INFORMATIVI 139
6.2.1. RICETTA DEMATERIALIZZATA 142
6.2.2. AMBITO FARMACEUTICO 142
6.3. INIZIATIVE DI SEMPLIFICAZIONE 144
6.3.1. FARMACIA DEI SERVIZI 144
6.3.2. SERVIZI DI ACCOGLIENZA 144
6.3.3. SEMPLIFICAZIONE IN AMBITO VETERINARIA 146

6.3.4. INVIO TELEMATICO DEI CERTIFICATI D'INFORTUNIO SUL LAVORO DAI PRONTO SOCCORSO E DAI MMG 146
6.4. MEDICINA DI GENERE 147
6.5. PREVENZIONE E CONTRASTO ALLA VIOLENZA CONTRO LE DONNE E I MINORI 148
6.6. COOPERAZIONE INTERNAZIONALE 148

PREMESSA

Le presenti Regole di gestione del Servizio sociosanitario 2016 vengono a maturazione contestualmente alla prima fase di attuazione della l.r. 23/15 di riordino del SSL.

Attesi i rilevanti cambiamenti negli assetti erogativi e di programmazione e l'attivazione di una nuova Agenzia che coordinerà i controlli nel settore socio-sanitario, nella fissazione delle regole ci si è attenuti a tre criteri fondamentali:

a) garantire comunque la gestione dei servizi senza soluzione di continuità e senza diminuzione del livello quali-quantitativo degli stessi;
b) disporre misure atte a regolare determinati settori di attività (ad es. i controlli) con modalità transitorie e cedevoli (es. l'approvazione del piano annuale dei controlli da parte dell'agenzia);
c) introdurre nuove regole solo se indispensabili, non potendo gravare il sistema di eccessivi adempimenti organizzativi in una fase già così complessa e delicata.

1. INQUADRAMENTO ECONOMICO: IL QUADRO DEL SISTEMA PER L'ANNO 2016

CONTESTO DI RIFERIMENTO NAZIONALE

Il contesto normativo e lo scenario nazionale di riferimento per la definizione del quadro di sistema e delle fonti di finanziamento per l'anno 2016 si delineano come segue:

- il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016 approvato in data 10 luglio 2014, ai fini della realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica, ha fissato in Euro 115.444.000.000 le risorse per il finanziamento del SSN per l'esercizio 2016;

- la Legge di Stabilità 2015 e il Decreto legislativo n. 78/2015 hanno concorso alla riduzione di circa mld/Euro 2,352 del fabbisogno complessivo del Servizio Sanitario Nazionale per l'esercizio 2016, rideterminandolo in Euro 113.097.000.00;

- la Legge di Stabilità 2016, ridefinisce ulteriormente il fabbisogno complessivo del Servizio Sanitario Nazionale 2016 nell'ammontare di 111.000.000.000 Euro, apportando una ulteriore riduzione di mldl.r./Euro 2,097 mld di Euro.

In attesa del riparto definitivo delle risorse del Fondo Sanitario Nazionale, la quantificazione delle risorse destinabili al finanziamento del Sistema Sanitario Regionale per l'esercizio 2016 è stata determinata sulla base delle risorse del Fondo Sanitario Nazionale previste per l'esercizio 2015, pari ad Euro 109.715.000.000.

Il livello di finanziamento fissato a livello nazionale impone, per il secondo anno consecutivo, una programmazione a livello regionale del sistema socio-sanitario isorisorse, definendo peraltro un vincolo di destinazione della spesa socio-sanitaria regionale sulla base di specifici provvedimenti nazionali che, in particolare in materia di farmaci innovativi, hanno comportato per il 2015 il vincolo di circa 220 milioni di Euro di maggior spesa, riconfermabili anche per l'esercizio 2016.

Lo scenario che si va delineando impone pertanto la necessità di una programmazione sempre più indirizzata a criteri di efficientamento e di razionale utilizzo delle risorse, in un quadro regionale peraltro già improntato al massimo rigore, la cui sostenibilità futura richiede azioni strategiche strutturali di medio – lungo periodo.

Il potenziale margine d'incremento del Fondo Sanitario Regionale previsto nella Legge di Stabilità 2016, potrà essere recepito a bilancio regionale solo a seguito dell'approvazione delle normative nazionali di settore e sarà interamente destinato e vincolato al finanziamento della revisione dei nuovi Livelli di Assistenza (800 ml/Euro a livello nazionale), al Piano Vaccini (500 ml/Euro a livello nazionale), ai Farmaci oncologici e innovativi (300 ml/Euro a livello nazionale), soppressione Fondo per il rimborso alle Regioni per l'acquisto di medicinali anti HCV (100 ml/Euro a livello nazionale), come previsto nella Legge di Stabilità 2016 e dai preannunciati provvedimenti attuativi. Tale vincolo di spesa è peraltro ben superiore all'incremento di risorse definito dal governo centrale.

A completamento del quadro di riferimento nazionale si richiama il disposto di cui al decreto n. 78/2015, convertito in legge n. 125/2015 in materia di spending review.

CONTESTO DI RIFERIMENTO REGIONALE

Le risorse disponibili per il finanziamento del Servizio Sanitario Regionale, determinate sulla scorta delle fonti citate e delle considerazioni esposte in riferimento al contesto nazionale per l'esercizio 2016 sono cosi quantificate:

Risorse parte corrente

- **18.073 ml/Euro,** comprensivo del saldo di mobilità extraregionale, ovvero delle risorse destinate al riconoscimento delle prestazioni rese a cittadini di altre regioni, cosi suddivisa :
  - **17.756 ml/Euro** quale quota di finanziamento di parte corrente indistinta;
  - **317 ml/Euro** quale quota di finanziamento per spese vincolate.

La somma trova corrispondenza nel Bilancio di Previsione Regionale per l'esercizio 2016, come definito nella proposta del Progetto di Legge n. 275 approvato dalla Giunta Regionale con propria deliberazione n. 4238 del 30.10.2015 e licenziato dalla Commissione Bilancio in data 9.12.2015.

Risorse parte capitale

Le risorse, definite in **51,94 ml/Euro,** sono interamente a carico del Fondo Sanitario Regionale, non derivano da specifici provvedimenti di finanziamento nazionale e sono commisurate ai piani di rientro per gli interventi finanziati con il fondo rotativo a tutto il 2014, sulla base di quanto previsto dalla L.R. n. 11/2011.

La somma trova corrispondenza nel Bilancio di Previsione Regionale per l'esercizio 2016, come definito nella proposta del Progetto di Legge n. 275 approvato dalla Giunta Regionale con propria deliberazione n. 4238 del 30.10.2015 e licenziato dalla Commissione Bilancio in data 9.12.2015.

Rispetto all'esercizio 2015 si registra una forte contrazione dovuta principalmente alla necessità di osservare le disposizioni normative nazionali in materia di divieto di indebitamento da parte delle Regioni per il finanziamento degli investimenti.

Per integrare le risorse da destinare ad investimenti si procederà attraverso il rinvenimento dei proventi derivanti da alienazioni del patrimonio immobiliare aziendale (stimabili in circa **10 ml/Euro**), da conferire alle entrate del bilancio regionale ai sensi della L.R. n. 11/2011 e della D.G.R. n. 3136/2012, sulla base delle modalità contabili che saranno dettagliate in apposito provvedimento, nonché dall'integrazione per un importo di circa **20 ml/Euro** finanziabili con i risparmi della Gestione Socio-Sanitaria 2015, nella misura corrispondente all'incremento del Fondo Sanitario di parte corrente dell'esercizio 2015. Ulteriori **30 ml/Euro** saranno rinvenibili dagli accantonamenti effettuati in sede di consolidato 2014 per il finanziamento di interventi strutturali in ambito sanitario.

Le risorse verranno assegnate successivamente alla presentazione dei Piani di Investimento da parte delle aziende Sanitarie

Le risorse come sopra definite dovranno garantire anche il finanziamento dei beni durevoli di Protesica Maggiore da destinare agli assistiti lombardi.

Attuazione della L.r.23/2015 e ss.mm.ii.

Il Sistema Sanitario Regionale sarà impegnato, nel 2016, a dare piena attuazione al nuovo modello evolutivo delineato dalla legge regionale n. 23/2015 e dagli atti conseguenti, che tra l'altro prevede la costituzione dei nuovi soggetti giuridici, tra cui le Agenzia di Tutela della Salute (ATS) e le Aziende socio sanitarie territoriali (ASST), con conseguente passaggio e ridefinizione delle relative competenze nell'ottica di integrazione dell'offerta sanitaria e socio sanitaria.

In particolare dovranno essere supportate tutte le attività necessarie a garantire la piena integrazione del Sistema socio-sanitario nonché la gestione della fase di transizione prevista dall'art. 2 della L.r. 23/2015 . Le Aziende saranno impegnate nella revisione dei processi organizzativi e nella riqualificazione delle risorse impiegate per l'assistenza ospedaliera, alla luce dei principi e delle direttive di evoluzione del sistema sanitario regionale, attraverso politiche di revisione della rete di offerta, di maggiore aggregazione delle funzioni aziendali, di semplificazione degli organi di governo e politiche di appropriatezza e controllo delle prestazioni erogate.

Nell'ambito della fase costitutiva delle aziende sanitarie, le operazioni derivanti dal riassetto organizzativo dovranno essere garantite senza aggravio di costi per il Sistema Sanitario Regionale.

Per garantire la piena operatività delle Aziende Sociosanitarie fin dal I° gennaio 2016, nell'interesse delle stesse e del Sistema Regionale, è richiesto ai nuovi Direttori Generali, a seguito dell'atto di nomina, di dare avvio immediato a tutti gli adempimenti propedeutici a garantire il corretto e puntuale svolgimento di tutte le attività amministrativo contabili.
Pertanto, sulla base dell'atto di nomina e degli atti di costituzione, è richiesto di procedere, entro la fine del corrente esercizio, avvalendosi delle competenti strutture amministrative aziendali, all'acquisizione della nuova partita IVA e del codice fiscale presso l' Agenzia delle Entrate territorialmente competente, all'apertura delle posizioni INAIL con decorrenza I° gennaio 2016, all'accreditamento dell'azienda presso l'Indice delle Pubbliche Amministrazioni (IPA) ai fini del rilascio del nuovo codice ente e ad ogni altro adempimento necessario richiamato nel documento denominato "*"Indicazioni e passaggi procedurali ai fini dell'attuazione del nuovo modello di gestione del servizio socio sanitario regionale (L.R. n. 23/2015)",* parte integrante del presente provvedimento.

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

- l'accesso alle risorse del finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale a cui concorre lo Stato è sottoposto alla verifica positiva degli adempimenti regionali, a legislazione vigente, nelle modalità già definite, ed è relativa a circa il 1% del finanziamento complessivo, che per Regione Lombardia vale circa 180 ml/Euro;
- i percorsi di approvazione dei bilanci delle aziende sanitarie, della gestione sanitaria accentrata e del consolidato regionale avverranno sulla base di quanto disposto dal D.lgs. n. 118/2011.

FINANZIAMENTO DEL SISTEMA

Le risorse del FSR corrente 2016 da destinare, con successivi provvedimenti della Giunta Regionale e delle Direzioni Generali competenti, sono definite nei seguenti importi:

- **76,46 ml/Euro** per il finanziamento dell'ARPA (Agenzia Regionale per la Protezione dell'Ambiente);
- **11,4 ml/Euro** per il finanziamento dell'ARCA (Agenzia Regionale Centrale Acquisti);
- **17.985,14 ml/Euro** per il finanziamento della Gestione Socio- Sanitaria;

FINANZIAMENTO DELLA GESTIONE SANITARIA E SOCIO-SANITARIA

Le risorse da destinare al finanziamento di interventi diretti regionali, di altre voci di spesa specifiche governate a livello regionale e da destinare al finanziamento dei costi standard per le Aziende sanitarie ammontano a **17.985,14 ml/Euro** e in dettaglio:

Risorse per interventi diretti regionali e di sistema per un totale pari **a 1.671,21 ml/Euro**:

- **fino a 315,71 ml/Euro** per far fronte alle spese dirette regionali sostenute per conto del SSR, nonché per la prosecuzione delle progettualità del Sistema sanitario già attivate negli scorsi anni e cosi destinate:
  - **51,94 ml/Euro** per rimborso interessi Fondo di Rotazione, da destinare a investimenti;
  - **163 ml/Euro** relative all'informatizzazione del sistema sanitario, da considerare quale tetto massimo di spesa per il 2016;
  - **7,25 ml/Euro** per i contratti per MMG, come da disposizioni del Tavolo di Monitoraggio Nazionale;
  - **97,11 ml/Euro** per le spese generali della Direzione Generale Welfare, comprensivi delle spese della ex Direzione Generale Famiglia e degli oneri per rimborsi di interessi su mutui di anni pregressi per il settore sanitario, unitamente a 25 milioni di euro per le attività di ricerca di cui al paragrafo 4.14 (comprensivi di 1,8 milioni di Euro da destinare al co-finanziamento dei programmi di rete di cui al Bando ministeriale di ricerca finalizzata e giovani ricercatori 2014-2015), cui potranno aggiungersi fino a ulteriori 10 milioni di euro, in funzione dell'effettivo riparto 2016 e sulla base di piani di attività approvati dalla Giunta regionale ;

- **fino a 837,5 ml/Euro** per funzioni non tariffate delle strutture erogatrici pubbliche e private cosi suddivise: **fino a 135,5 ml/Euro per gli erogatori privati e 702 ml/Euro per gli erogatori pubblici,** comprese le risorse per la tenuta dei registri tumori, da definirsi con successivo provvedimento di Giunta Regionale; sono comprese le funzioni non tariffate per presidio servizi territoriali, per il trattamento di pazienti anziani in area metropolitana e ad alta densità abitativa.
  La somma di 20 ml/Euro dedotta rispetto all'esercizio 2015 dal monte risorse destinabile alle Funzioni degli erogatori privati, viene ridestinato nell'ambito del presente provvedimento all'integrazione del finanziamento per attività di ricovero e ambulatoriale;

- **518 ml/Euro** destinati al saldo di mobilità calcolato in via previsionale in attesa dei provvedimenti nazionali di riparto delle risorse per l'anno 2016. Il valore si riferisce alla regolazione delle prestazioni usufruite da cittadini non lombardi presso erogatori situati sul territorio della Lombardia (mobilità interregionale attiva) e delle prestazioni usufruite da cittadini lombardi presso erogatori situati nelle altre regioni italiane (mobilità interregionale passiva) nonché da una stima della mobilità passiva internazionale.

Risorse per il finanziamento dei costi standard territoriali delle aziende sanitarie :

Per quanto attiene la quota per il finanziamento dei costi standard territoriali vengono destinati fino a **16.310,34 ml/Euro,** da ripartire tra le Aziende Sanitarie secondo le modalità di seguito indicate, tenendo conto dei livelli diretti di spesa e di quelli di competenza degli erogatori e della necessità di garantire l'equilibrio economico di sistema per l'esercizio 2016, in relazione ai livelli essenziali di assistenza precisando che tale importo è comprensivo anche delle voci relative a :

1. **Macroarea delle prestazioni di ricovero, di specialistica ambulatoriale, attività subacute e attività ai sensi dell'art. 15 comma 13 lettera C) bis della L. 135/2012:** è determinata nel totale di **7.510 ml/Euro** così composto: **5.217 ml/Euro** per ricoveri, comprensivo della mobilità passiva

internazionale pari a **25 ml/Euro**; **2.235** ml/Euro per specialistica ambulatoriale, **43 ml/Euro** per attività subacute e attività ai sensi dell'art. 15 comma 13 lettera C) bis della L. 135/2012, e **15 ml/Euro** relativamente alle reti sanitarie ODCP. Il valore dei ricoveri è comprensivo delle risorse di cui alla legge regionale 7/2010 che per l'anno 2016, in continuità con l'esercizio 2015, ammontano a **199,3 ml/Euro**, di cui **62,3 ml/Euro** per i soggetti privati.

2. **Macroarea delle prestazioni di assistenza farmaceutica e assistenza integrativa e protesica, per un totale di 3.262 ml/Euro:**

   - fino a 2.927 ml/Euro relativamente all'assistenza farmaceutica territoriale e ospedaliera. In attesa di successive determinazioni derivanti dal tavolo nazionale sulla spesa farmaceutica e del riparto del FSN definitivo 2016, viene confermato il tetto regionale complessivo per la spesa farmaceutica territoriale e ospedaliera comprensivo di farmaci anti HCV.
   - fino a 335 ml/Euro per l'erogazione dell'assistenza integrativa e protesica.

   Si rinvia agli specifici paragrafi di seguito descritti in relazione alle indicazioni tecniche operative di questa macroarea.

3. **Macroarea delle prestazioni di Medicina di Base, Psichiatria e Neuropsichiatria infantile per un totale di 1,330 ml/Euro di cui:**

   - fino a 880 ml/Euro per le attività di medicina territoriale di base, per l'apertura degli studi di sabato;
   - fino a 450 ml/Euro per prestazioni relative all'assistenza psichiatrica e di Neuropsichiatria Infantile.

4. **Macroarea progetti Piano Sanitario nazionale e vincolate:** fino a **317 ml/Euro** da destinare a piani regionali, ricerca, ECM, formazione e ai progetti obiettivo di interesse nazionale e regionale. Il valore è definito in via presuntiva sulla base del riparto 2015.

5. **Macroarea delle risorse per l'attuazione degli obiettivi di PSSR fino 760 milioni di Euro così suddivisi :**
   - fino a 720 ml/Euro per dare attuazione agli obiettivi PSSR e all'implementazione dei percorsi ospedale territorio, compreso il concorso regionale alla valorizzazione delle prestazioni sanitarie rese dalle aziende sanitarie pubbliche ai sensi della D.G.R. n. 7856 del 30 luglio 2008;
   - fino a 40 ml/Euro per la remunerazione dell'assistenza penitenziaria, da assegnare alle ASST e IRCCS secondo competenza.

6. **Macroarea delle attività istituzionali delle ATS:** fino a **900 ml/Euro** da destinare alle attività territoriali comprese le risorse per l'attuazione dei CREG.

7. **Macroarea Emergenza Urgenza: fino a 232 ml/Euro** per le spese di funzionamento, le attività di emergenza urgenza/118 di competenza dell'AREU, il soccorso alpino, le funzioni connesse alle attività del CRCC, al trasporto organi oltre ai costi di gestione per il servizio emergenza NUE 112-Numero Unico Europeo.

8. **Macroarea unità di offerta sociosanitarie e Misure ex D.G.R 116/2013 e s.m.i : fino a 1.712 ml/Euro da destinare :**
   - Fino a 1,662 ml/Euro, al finanziamento delle Unità di offerta sociosanitarie residenziali , semiresidenziali, ambulatoriali e domiciliari rivolti a soggetti fragili, anziani, disabili, alle famiglie e all'area delle dipendenze e della terminalità.
   - Fino a 50 ml/Euro, al finanziamento delle misure istituite ex D.G.R 116/2013 e ss.mm.ii.

9. **ALTRE ATTIVITÀ:** fino a **190 ml/Euro da destinare:**
   - fino a **150 ml/Euro**, al finanziamento dell'equiparazione finanziaria sui trattamenti tributari IRAP e IRES nei confronti degli erogatori pubblici rispetto agli erogatori privati quantificati per il sistema pubblico e al co-finanziamento delle Risorse Aggiuntive Regionali del personale dipendente SSR;
   - fino a **37,34 ml/Euro**, ad un Fondo di riserva da destinare a specifiche esigenze emergenti dalla fase di transizione nell'ambito di attuazione della l.r. 23/2015, alla messa a regime di nuove attività in ambito nuovi ospedali, nonché, fino a un massimo di 4,5 ml/Euro, alla costituzione da parte delle aziende sanitarie di un fondo integrativo pensioni sulla base di effettive richieste di adesioni.

Il finanziamento di parte corrente 2016 sarà assegnato ad ogni singola Azienda Sanitaria con atto del Direttore Generale Welfare e del Direttore dell'Area Finanza della Presidenza tenuto fermo, per tutte le Aziende, l'obiettivo dell'equilibrio economico finanziario sulla base delle risorse assegnate con provvedimento regionale e delle entrate proprie aziendali.

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

INDICAZIONI SPECIFICHE PER LE AZIENDE DEL SISTEMA SANITARIO REGIONALE

Razionalizzazione della spesa ed efficientamento del Sistema

In relazione alla gestione 2016, considerata la necessità di dare piena attuazione alla norma di Evoluzione del Sistema Socio- Sanitario Regionale accompagnando le aziende del sistema nella fase di transizione a garanzia di un corretto e puntuale funzionamento gestionale, si è ritenuto di dover dare sostanziale continuità agli indirizzi di programmazione già attuati con le Regole di sistema dell'esercizio 2015, tenendo conto del nuovo contesto di sistema regionale e nazionale.

Pertanto si ribadisce il principio espresso nel Patto della Salute 2014- 2016 in relazione alla necessità di definire un sistema di governance della sanità indispensabile per un continuo efficientamento e razionalizzazione della spesa del sistema sanitario lombardo pur in un contesto di riferimento regionale che da sempre ha operato per incontrare obiettivi di efficienza ed economicità della spesa sanitaria.

L'occasione strutturale che si presenta in sede di riordino ed evoluzione del sistema sanitario lombardo prevista dalla L.r. 23/2015 deve necessariamente dare ulteriori impulsi ai processi di razionalizzazione della spesa sanitaria. A tal fine le aziende dovranno implementare fin da subito la riorganizzazione avendo cura di coordinare i processi di acquisto e sfruttare le possibili economie di scala. Il processo da attuare rende , in questa prima fase, indispensabile rivedere analiticamente i singoli contratti di acquisto per definire i fabbisogni delle nuove aziende sanitarie e sfruttare le migliori condizioni di acquisto. In tale ottica le aziende sanitarie, dovranno valorizzare i termini di pagamento verso i fornitori, che in assoluto possono

essere inclusi fra le migliori esperienze delle strutture pubbliche e private del sistema sanitario nazionale oltre che le economie di scala derivanti dal nuovo dimensionamento delle aziende sanitarie.

Nel sistema a "rete" degli acquisti di Regione Lombardia diventa sempre più importante il ruolo di ARCA S.p.a. quale soggetto che coordinerà attraverso il Tavolo Tecnico degli Acquisti la pianificazione degli acquisti delle aziende sanitarie.

La Centrale Acquisti regionale in qualità di soggetto aggregatore avrà con Consip spa e gli altri soggetti aggregatori l'esclusività nell'acquisto delle categorie merceologiche che saranno individuate dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di cui all' articolo 9, comma 3, del decreto-legge 24 aprile 2014, n. 66, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n. 89.

Più in generale l'intervento di ARCA S.p.a. darà significativo impulso alla razionalizzazione della spesa sanitaria regionale rendendo disponibili alle aziende sanitarie beni e servizi a maggior valore di spesa e a prezzi d'acquisto inferiori sfruttando le migliori possibilità d'acquisto.

Risulta quindi importante nel processo d'acquisto che le aziende fungano da reale "rete" migliorando in particolare la definizione puntuale dei fabbisogni e un attento controllo nell'esecuzione dei contratti.

Per quanto riguarda i servizi non sanitari più importanti verranno finalizzati capitolati standard che permetteranno l'omogeneizzazione delle condizioni contrattuali e potenziali risparmi.

In relazione all'analisi della spesa per beni e servizi dovrà pertanto proseguire il percorso già intrapreso nel corso degli esercizi precedenti in ordine alla necessità di uniformare la rappresentazione della stessa attraverso l'applicazione di modalità omogenee di classificazione dei fattori produttivi nell'ambito dei bilanci delle aziende sanitarie per una corretta e appropriata rappresentazione nonché per favorire il monitoraggio anche attraverso l'introduzione di specifici indicatori utili a garantire il confronto tra aziende del sistema e il rispetto degli obiettivi per il mantenimento dell'equilibrio di bilancio. Si conferma pertanto la rilevanza che assume una puntuale analisi di contesto attraverso il confronto con l'andamento della spesa regionale per la definizione delle aree di miglioramento a livello aziendale.

Regione Lombardia è, inoltre, impegnata a raggiungere ulteriori miglioramenti ed efficienze nel processo di approvvigionamento di beni e servizi derivanti all'estensione su base annua delle attività ricomprese nelle aree definite dalla spending review previste nel decreto-legge 19 giugno 2015, n.78 convertito in legge n.125 del 6 agosto 2015. Si rammenta che tale norma prevede la rinegoziazione dei contratti di beni servizi riportati nella tabella allegata alla legge al fine di garantire l'abbattimento su base annua del 5,0% del valore complessivo dei contratti in essere. Per i dispositivi medici, posto il tetto nazionale su tali beni, la rinegoziazione dovrà ridurre i prezzi unitari di fornitura e/o volumi di acquisto senza che ciò comporti modifica della durata del contratto.

Come già anticipato nella deliberazione X/3993 del 04/08/2015 per entrambe le categorie di beni valgono i seguenti principi:

a) la razionalizzazione dei costi non deve pregiudicare le prestazioni sanitarie da effettuarsi e deve applicarsi in un'ottica di gestione e governo dei contratti con l'obiettivo di una razionalizzazione di lungo periodo;

b) si richiede di responsabilizzare le Direzioni Sanitarie nell'intervento coordinato con i responsabili amministrativi per definire le migliori soluzioni alternative ai contratti vigenti;

c) le azioni di razionalizzazione della spesa dovranno essere condivise con il Collegio Sindacale al fine di allineare i propri acquisti alle migliori condizioni possibili del mercato.

Date le incertezze nel raggiungere i livelli quantitativi di risparmio previsti nelle norme nazionali su rinegoziazione dei contratti di beni e servizi e sull'area specifica dei dispositivi medici si richiama quanto sopra delineato in materia di acquisti.

Per quanto riguarda le attività di rinegoziazione dei contratti di beni e servizi le politiche si inseriscono in iniziative similari gestite negli anni precedenti con un'efficacia decrescente delle rinegoziazioni e le attività di ripiano della quota di spesa sul tetto dei dispositivi medici devono avere ancora una quantificazione e finalizzazione.

Diventa quindi essenziale riuscire a raggiungere più alti livelli di efficienza aggregando la domanda nell'acquisto di beni e servizi in cui vi siano ancora margini di miglioramento, cercando attraverso tali interventi di trovare un giusto compromesso in termini di innovazione di prodotto e flessibilità gestionale della singola azienda.

In relazione alla necessità di garantire e potenziare il sistema di governance della sanità anche al fine di assicurare la sostenibilità della spesa nell'ambito dell'erogazione qualitativa dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza), nonché l'equilibrio economico e finanziario aziendale e di sistema si rende necessario proseguire l'azione di efficientamento e razionalizzazione della spesa del sistema sanitario lombardo definendone gli obiettivi e le modalità anche attraverso l'utilizzo di indicatori strutturati nel sistema di controllo di gestione aziendale e regionale.

Obiettivi economici dell'aggregato costi Beni e Servizi

Sulla base di quanto sopra descritto e con particolare riferimento all'aggregato di spesa Beni e Servizi si precisa che gli obiettivi economici delle singole Aziende Sanitarie Pubbliche saranno declinati in fase di prima assegnazione ed in attesa dei dati definitivi derivanti dall'approvazione dei bilanci d'esercizio 2015, utilizzando i dati desumibili dal Preconsuntivo 2015, (IV° CET), tenuto conto degli effetti di cui alla riorganizzazione strutturale e funzionale disposta con L.R. n. 23/2015.

E' d'obbligo precisare che gli obiettivi di spesa per beni e servizi regolati nel presente provvedimento non tengono conto, secondo quanto indicato nelle premesse descrittive del contesto nazionale degli oneri derivanti dall'introduzione dei nuovi LEA, dei farmaci innovativi oncologici e del piano vaccini.

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

- delle diverse tipologie di azienda (ATS, ASST e IRCCS);
- della disaggregazione dei costi di B&S per aree omogenee;
- della correlazione dei costi di B&S con il livello di produzione e con la struttura dei costi aziendali;
- del trend di spesa dell'ultimo triennio;
- di una riduzione media di sistema pari al 1,8% per le ASST e IRCCS.

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

- ***per le ASST e gli IRCCS:***
  1. *Area Dispositivi Medici;*
  2. *Area Farmaci Ospedalieri;*
  3. *Area Altri Beni Sanitari (escluso i dispositivi medici e Farmaci);*
  4. *Area Beni e Servizi non sanitari e servizi sanitari da terzi;*

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

- ***per le ATS:***
  Area Beni e Servizi a gestione diretta: verrà ricondotta in relazione agli effetti della riorganizzazione funzionale di cui all'applicazione della L.r./23/2015. Le ATS che apporteranno ulteriori diminuzioni di costi per beni e servizi a gestione diretta rispetto al trend dell'ultimo triennio verranno valutate positivamente nell'ambito degli obiettivi dei Direttori Generali.

Definizione dei criteri di riduzione

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

- del trend degli ultimi tre anni correlato al livello di produzione e ai costi totali di produzione;
- del benchmarking con le altre aziende del sistema;
- del posizionamento in relazione allo scostamento tra costi e ricavi di produzione (per le sole ASST e IRCCS) ;

In relazione a questo ultimo punto si precisa che sulla base del posizionamento delle ASST in relazione alla percentuale di scostamento tra costi e ricavi di produzione , verrà applicata una prima percentuale di riduzione ad incremento degli obiettivi di ottimizzazione della spesa come sopra definiti.

La sommatoria degli obiettivi delle singole classi costituirà l'obiettivo di riduzione della spesa per beni e servizi dell'esercizio 2016 e verrà valutato in sede di obiettivi dei Direttori Generali.

Nell'ambito dell'area beni e servizi verrà richiesta una rendicontazione sulle attività poste in essere sulla rinegoziazione dei contratti in applicazione della spending review.

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

Più in generale l'obiettivo economico delle aziende sanitarie consiste nel rispetto degli obiettivi economici assegnati in coerenza con l'assetto della produzione.

Si sottolinea la responsabilità gestionale affidata ai direttori generali che sono tenuti a perseguire obiettivi di equilibrio del bilancio basato su percorsi di razionalizzazione della spesa a livello aziendale di natura strutturale.

FARMACEUTICA E PROTESICA

Farmaceutica territoriale

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

All'interno dell'attuale quadro normativo nazionale e nei limiti della complessiva compatibilità di sistema e del rispetto del tetto complessivo dell'11,35% previsto per la farmaceutica territoriale e alla luce di quanto disposto a livello nazionale, anche per l'anno 2016 l'obiettivo per la spesa farmaceutica territoriale, comprensivo sia di farmaceutica convenzionata sia di doppio canale, verrà definito per ogni ATS tenendo conto:

- dell'effetto delle manovre nazionali sui prezzi e della promozione dei farmaci equivalenti e della revisione del PFN
- delle azioni messe in campo sullo stesso tema dalle ASL negli anni
- delle disposizioni di cui alla D.G.R. N° X/2566 del 31/10/2014
- l'eventuale risparmio rispetto all'obiettivo definito nei decreti di assegnazione 2016 sarà da considerarsi indisponibile per le aziende in quanto vincolato alle necessità complessive del sistema secondo le indicazioni della DG Welfare.

Farmaceutica ospedaliera

In attesa delle disposizioni che verranno determinate dal Tavolo nazionale sulla spesa farmaceutica, attualmente sono vigente le disposizioni nazionali in materia di spesa farmaceutica ospedaliera, di cui all'articolo 15 c. 4 della legge 7 agosto 2012 n.135.

All'interno dell'attuale quadro normativo nazionale e nei limiti della complessiva compatibilità di sistema e del rispetto del nuovo tetto complessivo del 3,5% previsto per la farmaceutica ospedaliera per quanto riguarda il File F, riferito ai cittadini lombardi (tipologie 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 14, 16), considerati i bisogni assistenziali sia in termini di incidenza epidemiologica che di scelta terapeutica appropriata, per l'anno 2016 sono assegnate risorse pari all'importo sostenuto nell'anno 2015, con un incremento massimo di sistema fino all'8% su base dati omogenea, a cui dovrà essere sottratto l'importo della tipologia 15, di cui alle note di credito relative al *risk-sharing* con conseguente riduzione dei relativi costi sostenuti nell'anno di competenza.

Si precisa che:

- la tipologia 20 istituita con D.G.R. n. 3993/2015 non è soggetta al tetto di sistema;
- per l'anno 2016 è confermato quanto disposto dalla D.G.R. n. 4334/2012, che ha stabilito il superamento della previsione, contenuta nella D.G.R. n. 2633/2011, del tetto per singolo soggetto erogatore di incremento massimo per il file F rispetto a quanto finanziato, e pertanto si conferma anche per l'anno 2016 il tetto di sistema regionale, il cui eventuale superamento verrà ripartito tra tutti i soggetti erogatori.
- è obiettivo prioritario delle Direzioni strategiche delle ASST la coerenza dei dati inviati attraverso i Flussi File F e File R, ai sensi del DL 179/2015 che conferma **la responsabilità** della certificazione dei dati di spesa dei farmaci in capo alle Regioni pertanto in capo ai Direttori Generali delle singole ASST;
- si conferma come obiettivo prioritario per l'anno 2016 la corretta rendicontazione in File F (tipologia 15 e 19) delle note di credito/rimborso alla struttura erogatrice dei rimborsi di *risk-sharing*, ai sensi di quanto disposto dall'articolo 15 comma 10 della Legge n. 135/2012.

Fondo farmaci innovativi e farmaci HCV

Si richiamano:

- l'art. 1, comma 593, della legge 23 dicembre 2014, n. 190, che dispone che «Per gli anni 2015 e 2016 nello stato di previsione del Ministero della salute è istituito un fondo per il concorso al rimborso alle regioni per l'acquisto dei medicinali innovativi.
  Il fondo finalizzato al predetto rimborso è alimentato da:

- un contributo statale alla diffusione dei predetti medicinali innovativi per **100 ml/Euro** per l'anno 2015;
- una quota delle risorse destinate alla realizzazione di specifici obiettivi del Piano sanitario nazionale, ai sensi dell'art. 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, pari a **400 ml/Euro** per l'anno 2015 e **500 ml/Euro** per l'anno 2016»;

- il Decreto del Ministero della Salute 9 ottobre 2015 avente per oggetto "Rimborso alle Regioni per l'acquisto dei farmaci innovativi", che ha disciplinato le modalità operative di erogazione delle risorse stanziate ai sensi dell'art. 1, comma 593, della legge 23 dicembre 2014, n. 190, a titolo di concorso al rimborso per l'acquisto dei medicinali innovativi di cui alla lettera a) dell'art. 8, comma 10, della legge 24 dicembre 1993, n. 537 e ss.mm.ii., negli anni 2015 e 2016.

Pertanto si dispone che :

- relativamente ai farmaci per il trattamento dei pazienti affetti da HCV, la cui autorizzazione in commercio è avvenuta nel 2015, considerati i bisogni assistenziali sia in termini di incidenza epidemiologica che di scelta terapeutica appropriata sulla base dei criteri di eleggibilità stabiliti da AIFA, per il primo semestre del 2016, la DGW assegnerà risorse ai singoli centri erogatori; considerata l'attività svolta nel 2015;
- per i farmaci innovativi, che verranno inseriti nel fondo per il concorso al rimborso alle regioni per l'acquisto dei medicinali innovativi anno 2016, in attesa anche della rinegoziazione di AIFA sui farmaci per HCV (prevista per il secondo semestre del 2016), la DGW adotterà specifici provvedimenti in accordo con le norme succitate e tenuto conto anche della specificità delle singole strutture erogatrici.

È obiettivo dei Direttori Generali delle strutture individuate monitorare e governare tale voci di spesa nel rispetto delle risorse assegnate.

Il Sistema di Pay Back dei farmaci

Il meccanismo di ripiano del pay back è stato disposto nel 2007 da AIFA per venire incontro all'esigenza di una maggiore flessibilità del mercato farmaceutico, consentendo da un lato l'erogazione di risorse economiche alle Regioni a sostegno della spesa farmaceutica di ciascuna, e dall'altro l'opportunità per le aziende farmaceutiche di effettuare le scelte sui prezzi dei loro farmaci, sulla base delle proprie strategie di intervento sul mercato.

Nel corso degli anni la stessa normativa ha subito numerose modifiche ed evoluzioni, anche a seguito di contenzioso tra il sistema pubblico e l'intera catena produttiva e distributiva dei medicinali.

In tale contesto, in attesa delle determinazioni che saranno disposte dal tavolo nazionale della farmaceutica in materia, diventa critico fare una precisa previsione sulle diverse voci di pay-back che potranno essere contabilizzate nel 2016.

Ciò premesso si possono, attualmente, confermare per l'anno 2016:

- il pay-back 5% disposto dall'articolo 1 del Decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 25 marzo 2011, che proroga al 31 dicembre 2011 i termini del D.L. 30 dicembre 2009 n.194 convertito in legge n.25 del 26 febbraio 2010, relativi alla sospensione della riduzione di prezzo del 5% disposta con determina AIFA n. 26 del 27 settembre 2006;
- il pay-back 1,83%, a carico delle aziende farmaceutiche sui medicinali dispensati a carico del Servizio Sanitario Nazionale, in regime di erogazione convenzionale, di cui all'art. 11, comma 6, del D.L.78/2010 convertito con modificazioni nella Legge 30 luglio 2010, n.122, e ulteriormente modificato sulla base di

quanto disposto dall'art. 2, comma 12-septis, del D.L. 29 dicembre 2010, n.225, convertito, con modificazioni, dalla Legge 26 Febbraio 2011, n.10.

Mentre il DL 179/2015 ha disposto la conclusione delle procedure di ripiano, da parte dell'AIFA dell'eventuale sfondamento del tetto della spesa farmaceutica territoriale ed ospedaliera per gli anni 2013 e 2014 con conseguente riconoscimento degli importi alle Regioni, relativamente alla procedura di ripiano dell'eventuale sfondamento del tetto della spesa farmaceutica territoriale ospedaliera anno 2015 si è rinviata l'attivazione in attesa del tavolo nazionale della spesa farmaceutica con la ridefinizione degli stessi tetti di spesa.

Protesica e assistenza integrativa

In materia di assistenza protesica e integrativa, considerato il riordino in atto disposto dalla Legge Regionale 23/2015, la DGW definirà i nuovi obiettivi per l'anno 2016 per ogni ASST e ATS, per le specifiche voci di spesa, tenuto conto dei bisogni assistenziali già in carico e di specifiche misure che le stesse ASST dovranno mettere in campo ai fini di efficientamento del sistema, potendo governare dalla prescrizione, all'acquisto e all'erogazione tali prestazioni.

Nel corso del 2016 saranno resi pubblici dalla DGW gli indicatori per omogenee aree di spesa all'interno della classe spesa protesica ed integrativa iniziando un percorso virtuoso di confrontabilità della spesa pro capite, affinché ogni ASST e ATS possa avere idonei strumenti per la programmazione anche alla luce dei nuovi LEA, previsti per l'anno 2016 .

Inoltre si conferma come obiettivo prioritario l'attivazione dei percorsi di riacquisizione dei dispositivi ed ausili che non sono più utilizzati dai cittadini, al fine di garantire come PA una corretta gestione responsabile delle risorse

AREA BILANCI

Ai sensi della normativa vigente il bilancio preventivo deve garantire l'equilibrio economico finanziario. Il Bilancio preventivo 2016, esecutivo, ha carattere autorizzatorio e diviene lo strumento aziendale per garantire il perseguimento degli obiettivi di equilibrio economico secondo le linee programmatiche aziendali e di sistema, in quanto attuativo delle linee di indirizzo definite. Stante la rilevanza di tale processo il percorso di approvazione dei bilanci preventivi 2016 verrà effettuato a seguito di incontri specifici con le aziende.

I Bilanci preventivi economici anno 2016 dovranno essere approvati in base alle disposizioni del D.lgs n. 118/2011 e in relazione ai contenuti del presente atto e delle linee di indirizzo operative conseguenti nonché degli obiettivi economici assegnati.

In considerazione del nuovo modello organizzativo socio-sanitario previsto dalla L.R. n. 23/2015 si ritiene necessario dotare le aziende di una "prima assegnazione" che consenta alle stesse di garantire le attività con adeguata copertura economica e finanziaria e di rinviare l'adozione del Bilancio Preventivo Economico 2016 a seguito di una successiva assegnazione di risorse adeguata alla definizione delle nuove configurazioni funzionali e strutturali delle nuove aziende.

Si precisa, che i bilanci da assoggettare ad approvazione della Giunta Regionale saranno pertanto quelli redatti sulla base delle assegnazioni definitive e sulla base dei modelli definitivi 2016.

Come di consueto con specifica circolare verranno definite le tempistiche di redazione e le modalità di invio dei bilanci preventivi 2016, che dovranno essere approvati dalla Giunta Regionale.

In continuità con gli esercizi precedenti saranno forniti puntuali limiti di costo invalicabili per i principali fattori produttivi (personale, beni e servizi, altri oneri, ecc.), sulla base delle regole previste dal presente provvedimento. I suddetti limiti terranno conto anche della necessità di attuare il nuovo modello sanitario, nonché di perseguire obiettivi di stabilizzazione e contenimento dei costi. Pertanto nei decreti di assegnazione delle risorse per l'anno 2016 saranno esplicitati i valori per le varie tipologie di spesa che dovranno essere pienamente rispettati nelle allocazioni di bilancio e dovranno essere considerati vincoli gestionali, al fine del mantenimento dell'equilibrio aziendale e di sistema; come tali saranno oggetto di puntuale monitoraggio in corso d'anno.

In particolare, anche per l'esercizio 2016, è richiesto il diretto coinvolgimento del Collegio Sindacale nelle varie fasi che accompagnano il processo di bilancio e di revisione dei processi aziendali per una maggior ottimizzazione delle risorse. In particolare ai Collegi Sindacali è richiesto oltre a quanto stabilito dalle norme:

- verifica di una coerente e corretta allocazione delle risorse in fase di Preventivo;
- monitoraggio della spesa infrannuale a garanzia del rispetto degli obiettivi economici assegnati e dell'equilibrio di bilancio da rendere in sede di Certificazione Trimestrale avvalendosi anche del supporto degli uffici controllo di gestione;
- supporto all'azienda ai fini di avviare un processo di ottimizzazione delle risorse, anche attraverso l'individuazione di precise aree di spesa e/o di attività e attraverso la formulazione di indirizzi in merito;
- verifica del corretto utilizzo dei contributi e del rispetto delle finalità previste in sede di assegnazione;

Pubblicazione Bilanci

In attesa della definitiva approvazione della Legge di Stabilità 2016, si evidenziano le disposizioni di cui al comma 290 dell'art. 1 del Disegno di Legge S. 2111 all'esame della Commissione Bilancio della Camera, aggiornato alla seduta di domenica 13 dicembre 2015, relativamente all'obbligo di pubblicazione integrale dei dati di bilancio nel sito internet Aziendale entro 30 giorni dalla data di adozione.

Modelli di Bilancio 2016:

I nuovi modelli di bilancio prevedono l'istituzione di:

- un sezionale specifico per le attività territoriali "NITER"(in capo alle ASST);
- specifici sezionali dedicati alle partite intercompany generati dalla gestione transitoria ex art 2 L 23/2015, che consentiranno di tracciare in maniera chiara e trasparente i rapporti che si genereranno reciprocamente, fino al completo passaggio di competenze in capo alle nuove Aziende regionali;
- un sezionale dedicato ad attività emergenza urgenza 118 AREU, con conseguente eliminazione delle colonne "di cui" utilizzate nei modelli 2015 NISAN_CE;
- un sezionale dedicato per l'attività di libera professione, che include non solo i ricavi e costi di diretta afferenza ma anche i costi indiretti e generali attribuibili pro-quota all'attività di libera professione;
- un sezionale dedicato alla gestione dei contributi e spese vincolate.

Inoltre verranno introdotti i bilanci per singolo presidio ospedaliero, si demanda a successive indicazioni tecniche le modalità di redazione.

Si precisa infine che i modelli del bilancio consuntivo 2016, avranno attive, per ogni singolo sezionale, sia le voci patrimoniali, sia le voci economiche.

Le disposizioni previste dal D.lgs n. 118/2011 che prevedono la riconduzione univoca del piano dei conti aziendale alle voci previste negli attuali modelli CE Min e SP Min, si intendono estese alle voci di bilancio regionale attive nelle specifiche sezioni (NISAN, NIASSI, NISOC, NITER, NIRIC, ecc.).

Le Aziende, a seguita di apposita circolare, dovranno inviare il piano dei conti aggiornato ed integrato secondo le disposizioni di cui sopra.

Un ulteriore elemento di novità è l'introduzione di un apposito prospetto di monitoraggio delle obbligazioni territoriali correlato ai contratti sottoscritti. Tale prospetto sarà logicamente integrato con il modello di budget di cassa e con il prospetto delle rimesse regionali mensili erogate, nonché con le compensazioni Finlombarda.

Infine si confermano i seguenti indirizzi:

Intercompany: obiettivo richiesto per l'anno 2016 è il pieno allineamento delle partite intercompany, al fine di garantire le necessarie riconciliazioni di sistema.

Nel corso dell'anno verranno fornite ulteriori indicazioni, per la riconciliazione ed il monitoraggio dei dati trasmessi dalle singole Aziende, attraverso l'implementazione del cd "partitario I/C".

In considerazione del nuovo modello organizzativo socio-sanitario previsto dalla L.r. 23/2015, è consentito gestire la fase di transizione, connessa alle Aziende che hanno ceduto linee di attività specifiche, per un periodo non superiore a 6 mesi, ed attraverso l'utilizzo di conti e sezionali intercompany appositamente dedicati e dovranno operare secondo quanto appositamente regolamentato tra le parti.

Stante la rilevanza che l'ambito delle quadrature intercompany assume per il sistema verrà introdotto apposito obiettivo di valutazione dei Direttori Generali.

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

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

Nel corso dell'esercizio 2016 verranno introdotte particolari attività di verifica e regolarizzazione in materia di bilancio di cui è meglio precisato nella successiva area riguardante l'Attuazione del D.lgs. 118/2011 e s.m.i.

Le linee operative per l'assegnazione del finanziamento delle aziende sanitarie per l'anno 2016 e le conseguenti previsioni economiche per la redazione del bilancio preventivo delle singole ATS, ASST e Fondazioni IRCCS, nel rispetto degli indirizzi del presente atto, saranno declinate in successivi atti .

Certificazioni Trimestrali

I Direttori Generali delle nuove Aziende sanitarie, in occasione delle certificazioni trimestrali ai sensi della L.R. n. 33/2009, nonché dell'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005 e ss.mm.ii., come ribadito nel nuovo Patto della Salute, sono tenuti a rispettare puntualmente i tempi di invio dei flussi economici e ad attenersi scrupolosamente alle linee guida in materia contabile che verranno emanate dalla DG Welfare e Presidenza- Area Finanza

In sede di monitoraggio trimestrale le Aziende sanitarie sono tenute al rispetto del vincolo inderogabile definito dai valori appostati a Bilancio Preventivo. In linea generale non saranno consentiti travasi di risorse tra le varie voci salvo esplicita autorizzazione, tramite apposito decreto emanato dalla DG Welfare e Presidenza.

ATTUAZIONE DEL DLGS 118/2011 e ss.mm.ii.

Nel corso del 2016 continueranno i percorsi previsti dalla casistica applicativa per:

- l'armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio della Regione e delle Aziende Sanitarie Pubbliche alla luce anche del nuovo modello sanitario l.r. 23/2015
- l'adempimento dell'obbligo del percorso triennale della certificabilità dei bilanci delle Aziende Sanitarie Pubbliche. Si rinvia a successivo provvedimento della Giunta Regionale proposta di aggiornamento del piano regionale dei Percorsi Attuativi della Certificabilità alla luce del nuovo assetto organizzativo.

Armonizzazione dei sistemi contabili regionali

Nel corso del 2016, in continuità con le regole dell'esercizio precedente, saranno recepite indicazioni relative:

- al continuo monitoraggio delle poste di ricavi/costi e crediti/debiti rispetto alle scritture regionali come da sistema informativo regionale e da indirizzi regionali in attuazione alle disposizioni del D.lgs. 118/2011 e successive modificazioni inerenti la Gestione Sanitaria Accentrata (GSA)
- alla circolarizzazione dei crediti e debiti riguardanti le assegnazioni correnti e per investimenti tra la GSA e le Aziende Sanitarie Pubbliche per gli anni 2013, 2014 e 2015
- alla definizione di un modello per la ricostruzione e la circolarizzazione dei crediti e debiti tra le Aziende Sanitarie Pubbliche e dei crediti e debiti tra la GSA e le Aziende Sanitarie Pubbliche per gli anni 2012 e precedenti
- all'attuazione delle disposizioni integrative e/o sostitutive dei decreti di casistica applicativa del D.lgs. 118/2011 demandando, eventuali attuazioni, a successivi provvedimenti.

AREA GESTIONE FINANZIARIA

Si ritiene di confermare anche per l'anno 2016 la percentuale del 95% nel trasferimento degli acconti mensili alle aziende del sistema regionale.

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

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

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

Trasferimenti da Regione alle Aziende Sanitarie pubbliche

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

- per le ATS saranno commisurati al reale fabbisogno del proprio territorio. La determinazione degli acconti, inoltre, sarà calcolata al netto degli acquisti di beni e servizi a gestione centralizzata (propri e delle Aziende di appartenenza territoriale) e considerando il saldo di mobilità intra ed extraregionale; tale saldo sarà quantificato sulla base dei flussi di attività resi disponibili da un sistema messo a punto a livello regionale che consente la rilevazione dei dati effettivi di produzione/consumo delle singole aziende. Tali dati consentiranno, anche, la tempestiva rilevazione dei debiti/crediti tra ATS per la mobilità intraregionale
- per le ASST e Fondazioni IRCCS saranno erogati da Regione nei limiti degli importi attribuiti, a ciascuna Azienda, con i decreti di assegnazione dei finanziamenti di parte corrente dell'esercizio.

Gli acconti verranno calcolati tenendo conto degli effetti dei costi non monetari quali la mobilità passiva extraregionale e internazionale (per le sole ATS) e gli ammortamenti, tenuto conto del posizionamento di ogni singola realtà aziendale. Gli acconti, infine, non terranno conto anche degli accantonamenti, in quanto la relativa cassa verrà erogata solo in seguito agli effettivi smobilizzi e su istanza motivata.

Trasferimenti di cassa tra ATS ed erogatori di appartenenza territoriale

Le ATS sono chiamate a governare i flussi di cassa verso i propri erogatori regolando le rimesse mensili nei limiti del valore contrattato e per le attività non soggette a contratto sulla base di un monitoraggio periodico della reale produzione del singolo erogatore, richiamato inoltre quanto espresso in premessa, si precisa quanto segue:

- ***Trasferimenti verso erogatori pubblici***

  Anche per l'esercizio 2016, con riferimento gli erogatori pubblici sarà necessario:

  - garantire acconti mensili non inferiori al 95% di tutte le prestazioni sanitarie a contratto/convenzione e non. Gli acconti relativi alle maggiorazioni tariffarie ex L.R. n. 7/2010 saranno calcolati in un'entità pari all'85% dell'ultima validazione formale, in attesa delle determinazioni per l'esercizio di competenza. La percentuale del 95% è raggiungibile considerando le erogazioni di cassa mensili dirette e le erogazioni effettuate attraverso il G3S.
  - assicurare le rimesse con tempistiche (entro 5 giorni dal ricevimento della rimessa regionale) che ragionevolmente consentano il rispetto delle scadenze maggiormente onerose (stipendi), allo scopo di evitare, il ricorso alle anticipazioni di tesoreria da parte dell'Azienda creditrice.
  - regolare i saldi infrannuali non oltre il mese successivo alla scadenze pattuite nei contratti/convenzioni (trimestre e/o semestre).
  - regolare i saldi a seguito dell'assegnazione definitiva entro 60 giorni dalla validazione regionale, compatibilmente con l'espletamento dei controlli di competenza, fatto salvo contenzioso comprovato.

- ***Trasferimenti verso erogatori privati***

  Anche per l'esercizio 2016, con riferimento gli erogatori privati sarà necessario:

- garantire acconti mensili non inferiori al 95% di tutte le prestazioni sanitarie a contratto/convenzione e non . Gli acconti relativi alle maggiorazioni tariffarie ex L.R. n. 7/2010 e alle Funzioni non tariffate saranno calcolati in un'entità pari all'85% dell'ultima validazione formale, in attesa delle determinazioni per l'esercizio di competenza.
- regolare i saldi infrannuali non oltre il mese successivo alla scadenze pattuite (trimestre e/o semestre)
- regolare i saldi a seguito dell'assegnazione definitiva entro 60 giorni dalla validazione regionale, compatibilmente con l'espletamento dei controlli di competenza, fatto salvo contenzioso comprovato;
- a partire dall'esercizio 2016 l'erogazione delle funzioni non tariffate dovrà essere garantita dalle singole ATS per competenza territoriale agli IRCCS privati, ospedali classificati e alle case di cura;

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

Pagamenti verso fornitori

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

Obiettivo per il corrente esercizio è il mantenimento delle performances positive sinora raggiunte ed un ulteriore impulso alla riduzione dei tempi di pagamento per le aziende che ad oggi non fanno registrare tempi di pagamento in linea con la media regionale.

E' fatto obbligo alle aziende sanitarie di alimentare la piattaforma istituita di cui all'art. 41 Dl 66/2014 convertito con modificazioni nella L. 23 giugno 2014 n.89 nei tempi e nei modi espressamente richiesti dalla norma. Si richiama inoltre il rispetto degli adempimenti previsti dal D.P.C.M 22/9/2014: Indicatore di tempestività dei pagamenti.

Permane altresì l'obbligo di adempiere ai debiti informativi finanziari mensili e trimestrali (Budget di Cassa e schede correlate che saranno integralmente rimodulate per garantire la piena aderenza al nuovo assetto organizzativo), nel rispetto della qualità e della tempistica.

Fatturazione elettronica

Le disposizioni in materia di fatturazione elettronica sono rinviate al documento *"Indicazioni e passaggi procedurali ai fini dell'attuazione del nuovo modello di gestione del servizio socio sanitario regionale (L.R. n. 23/2015)*, considerata la necessità di demandare ad un unico ed organico documento tutte le innovazioni dovute al riordino del sistema socio-sanitario.

Gestione centralizzata G3S

I rapporti giuridici in essere, connessi al pagamento dei fornitori mediante il FSS istituito da Regione Lombardia e gestito da Finlombarda S.p.A. per il tramite del sistema informativo G3S, proseguono in capo alle ATS ed alle ASST costituite con le deliberazioni del 10 dicembre 2015.
Finlombarda S.p.A. e Lombardia Informatica S.p.A. sono incaricate di procedere agli opportuni adeguamenti per garantire continuità nei pagamenti dei fornitori in capo ai nuovi enti.

Nello specifico Finlombarda S.p.A. è incaricata di procedere all'acquisizione e formalizzazione dei contratti di mandato irrevocabile dei nuovi enti, che sostituiranno a tutti gli effetti i mandati in essere a decorrere dal 1 gennaio 2016.
Le disposizioni tecnico-operative in materia di G3S sono rinviate al documento *"Indicazioni e passaggi procedurali ai fini dell'attuazione del nuovo modello di gestione del servizio socio sanitario regionale (L.R. n. 23/2015)",* considerata la necessità di demandare ad un unico ed organico documento tutte le innovazioni dovute al riordino del sistema socio-sanitario.

Anticipazioni di Tesoreria

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

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

AREA CONTROLLO DI GESTIONE

Il controllo di gestione rileva l'utilizzo delle risorse nei processi produttivi dell'Azienda, attraverso la contabilità analitica per centro di costo e per fattore produttivo.
In particolare, negli ultimi anni, l'attenzione si è concentrata sul trend di consumo dell'aggregato beni e servizi con l'obiettivo finale di fornire a livello regionale e alle aziende del SSR strumenti di monitoraggio del trend dei costi sempre più puntuali.
La Direzione Generale Welfare effettuerà nel corso del 2016 analisi di dettaglio dei dati derivanti dai Flussi Co.An. inviati dalle Aziende nel rispetto delle Linee Guida regionali vigenti in materia di controllo di gestione.
In particolare i dati provenienti dalla Co.An dovranno essere sempre più tempestivi al fine di poter essere di supporto al processo decisionale regionale.
A tal fine si precisa che per il 2016, oltre ai flussi trimestrali, saranno confermati gli invii relativi ai flussi aggiuntivi di preventivo e preconsuntivo Co.An già introdotti nel 2015, le cui scadenze saranno comunicate con apposite note regionali.
Per quanto concerne i moduli di quadratura relativi ai flussi Co.An, in continuità con quanto già impostato nel corso del 2015, si richiederà a tutte le aziende una quadratura tra Co.An e Co.Ge che arrivi al massimo dettaglio.
Al fine di far fronte a specifiche esigenze informative in ordine all'applicazione della Legge Regionale 23 dell'11 agosto 2015 potranno essere richiesti flussi aggiuntivi le cui scadenze e indicazioni di compilazione saranno comunicate sempre mediante specifiche note regionali.
Ai fini dell'attuazione della Legge 23/2015 sopra citata, sarà necessario procedere con la predisposizione dei Bilanci per singola Struttura (Presidi, Poliambulatori, CPS, ecc.). Tali bilanci saranno redatti utilizzando i dati derivanti dai flussi Co.An..
Le nuove modalità di quadratura per conto e l'esigenza di predisporre i Bilanci per struttura mediante la contabilità analitica rendono necessaria una revisione del piano dei conti di Co.An al fine di creare una sinergia massima con la Co.Ge.
L'applicazione della Legge Regionale 23/2015 comporterà invece una sostanziale revisione delle linee guida sul controllo di gestione. A tal fine saranno attivati due specifici gruppi di lavoro per la redazione di nuove

linee guida, uno per le istituende ATS ed uno per le istituende ASST, che vedranno coinvolti, oltre ai referenti regionali, i responsabili del controllo di gestione delle singole aziende.
Prosegue infine il lavoro, già impostato nel 2015, relativo a specifiche valutazioni sulle performances a livello di singolo Presidio aziendale, sino al dettaglio del singolo reparto. Il Cruscotto di Controllo di Gestione, già realizzato, sarà arricchito di nuovi indicatori calcolati in base a nuove necessità, soprattutto di benchmarking, che si manifesteranno nel corso del 2016.

ULTERIORI DISPOSIZIONI

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

L'attività del Nucleo operativo di Controllo Contabile si svolgerà nel 2016 tramite apposite verifiche negli ambiti contabili decisi di volta in volta per singola Azienda.

Tali verifiche potranno avere come obiettivo anche la ricognizione delle procedure amministrativo contabili all'interno del percorso di Certificabilità dei Bilanci delle Aziende Sanitarie e di verifica nella riorganizzazione dei servizi amministrativi alla luce dell'applicazione della legge di riforma sanitaria n. 23/2015.

Verrà definito in seguito l'elenco delle aziende che verranno verificate nell'anno 2016 e gli ambiti di controllo.

Superamento parziale fermo amministrativo ex D.G.R. n. 4231 del 25.10.2012

Il punto 15 del dispositivo della D.G.R. n. 4231 del 25.10.2012 disponeva il fermo amministrativo ex art. 64 bis della L.R. 34/78 a carico delle erogazioni relative alla funzione "Complessità dell'assistenza riabilitativa" a partire dal 2011 a seguito dell'apertura, da parte degli organi giudiziari, di procedimenti per l'accertamento di presunte condotte illecite da parte di alcuni Enti Sanitari privati relativamente alla gestione di tale funzione.
Il fermo amministrativo ha operato per il solo esercizio 2011, stante le disposizioni intervenute con D.G.R. n. 1185 del 20.12.2013.
L'applicazione della misura di blocco ha comportato l'immobilizzazione del 20% degli importi valorizzati con D.G.R. n. 4231/2012 per la funzione in argomento e ha interessato quattro Enti Sanitari privati, due dei quali (IRCCS Don Gnocchi di Milano e Ospedale Valduce di Como) risultano estranei agli accertamenti giudiziari.
Si determina pertanto di superare il fermo amministrativo applicato nei confronti dell'IRCCS Don Gnocchi di Milano e dell'Ospedale Valduce di Como, procedendo allo sblocco ed erogazione delle somme a suo tempo immobilizzate.

Conto Giudiziale

Permane l'obbligo di invio alla sezione di competenza della Corte dei Conti dei conti giudiziali.
Le nuove Aziende dovranno curare l'invio e la trasmissione di conti giudiziali riferiti all'anno 2015, nonché individuare secondo il nuovo assetto organizzativo e sulla base delle linee guida e degli indirizzi regionali in materia, gli Agenti Contabili per l'anno 2016 delle nuove ATS ed ASST.

Adempimenti LEA (Livelli Essenziali di Assistenza)

Sono in corso di approvazione da parte del Comitato del LEA del Ministero della Salute gli adempimenti relativi all'esercizio 2016. Il rispetto di tali adempimenti costituirà obiettivo per le aziende sanitarie. A seguito di tale approvazione, anche alla luce del nuovo Patto della Salute, verrà redatto un atto ricognitivo di aggiornamento.

Stranieri STP

Sono richiamate le disposizioni in materia di fatturazione e regolarizzazione finanziaria dei rapporti con le Prefetture in materia di rimborsi per prestazioni erogate a favore di cittadini stranieri irregolari (STP - onere 9) di cui alla D.G.R. 3976/2012.
A questo fine si precisa che verrà effettuato un monitoraggio a livello regionale a garanzia della corretta applicazione delle disposizioni di cui alla sopracitata D.G.R. con particolare riferimento ad eventuali recuperi da porre in capo ai soggetti erogatori in caso di disallineamento tra acconti erogati dalle ATS e i rimborsi effettivi delle Prefetture.
È richiamata pertanto la responsabilità dei singoli Erogatori nella corretta e puntuale fatturazione alle Prefetture competenti delle prestazioni in oggetto.

Piano Vaccinale

In aggiunta ai costi previsti dall'attuale calendario vaccinale regionale (D.G.R. IX/ 4475/2012) si evidenzia che con D.G.R. X/3993/2015 - sub allegato "Vaccinazioni" è stata aggiornata l'offerta ai soggetti selezionati sulla base di status/patologie: per tale motivo si prevede un incremento di circa 7.300.000 euro del costo annuale vaccini.
Tenuto conto inoltre che è in discussione l' intesa tra il governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale 2016 - 2018", nelle more degli indirizzi tecnici che dovranno essere emanati per la sua implementazione (tempistica ed obiettivi di copertura) si anticipa che l'eventuale avvio di tutta la nuova offerta potrebbe comportare un ulteriore incremento stimato fino a un massimo di 26 ml di euro/anno per il solo costo vaccini a cui occorrerà aggiungere gli ulteriori costi in termini di risorse umane.
L'impatto di attività verrà finanziato con l'incremento di risorse del Fondo Sanitario nazionale previste per l'esercizio 2016.

Protocollo d'Intesa con Regione Liguria

In sede di redazione del Bilancio consolidato 2015 verrà data opportuna copertura alle spese finalizzate all'attuazione del Protocollo d'Intesa siglato con la Regione Liguria per un massimo di 3 milioni di euro.
Gli ambiti di collaborazione saranno dettagliati attraverso convenzioni dirette fra aziende sanitarie liguri e lombarde.

2. ATTUAZIONE LEGGE 23/2015 - INDICAZIONI PER LA COSTITUZIONE DELLE NUOVE AZIENDE

2.1. INDICAZIONI E PASSAGGI PROCEDURALI AMMINISTRATIVI E CONTABILI AI FINI DELL'ATTUAZIONE DEL NUOVO MODELLO DI GESTIONE DEL SERVIZIO SOCIO SANITARIO REGIONALE (L.R. 23/2015)

Le disposizioni tecnico normative e i passaggi procedurali di natura amministrativa e contabile utili al corretto avvio delle attività delle nuove Aziende, sono state riassunte in un unico documento con l'obiettivo di rappresentare un quadro organico delle innovazioni dovute al riordino del sistema socio sanitario.

Tale documento - Sub Allegato 1 "*Indicazioni e passaggi procedurali amministrativi e contabili ai fini dell'attuazione del Nuovo modello di gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale*", redatto a seguito dei pareri acquisiti dai diversi professionisti in materia e tenuto conto delle osservazioni formulate dalle Aziende Sanitarie e dai Collegi, contiene principalmente:

- **Un inquadramento giuridico delle fattispecie di costituzione delle nuove Aziende**, con l'esatta individuazione, per ciascuna di esse della tipologia societaria connessa alla trasformazione.
- **Una classificazione di dettaglio per ogni singola Azienda** della modalità di costituzione e dei rapporti giuridici e i criteri con cui verranno definiti gli inventari di costituzione.
- **Gli adempimenti di natura fiscale e informativa** necessari all'avvio delle nuove Aziende, come l'inventario di costituzione, l'apertura delle nuove partite IVA, l'adeguamento della documentazione fiscale e tutte le attività connesse al rilascio di nuovi codici/credenziali per la gestione delle fatture elettroniche, della Piattaforma di certificazione dei crediti, e alla profilazione dei nuovi utenti sugli applicativi ad oggi in uso per la gestione delle fatture e dei bilanci (HUB, SCRIBA, G3S, ecc.).

  Vengono poi fornite informazioni di dettaglio in relazione alla fatturazione elettronica e alle soluzioni individuate per la gestione del periodo transitorio (ovvero connesso al passaggio tra i vecchi e nuovi codici) con esplicita richiesta alle Aziende di puntuale e tempestiva informazione verso i fornitori delle indicazioni necessarie alla corretta fatturazione.
- **Le indicazioni in ordine alla gestione dei flussi finanziari** tra cui i pagamenti effettuati da Finlombarda tramite il sistema informativo G3S, volte a garantire la continuità nei pagamenti (anche attraverso la previsione del nuovo mandato irrevocabile conferito dalle Aziende a Finlombarda) e la corretta rappresentazione dei vecchi e dei nuovi dati nel sistema; indicazioni in ordine alle tesorerie e i connessi adempimenti necessari alla corretta chiusura e riapertura delle posizioni di cassa.
- **Gli adempimenti conseguenti alla presa in carico dei bilanci 2015 e delle gestioni liquidatorie pregresse** con esatta individuazione, in apposite tabelle, dei soggetti cui vengono assegnati gli adempimenti civilistici e fiscali relativi al bilancio consuntivo 2015 e le incombenze relative alle gestioni liquidatorie 94 e retro e 95-97.

2.2. LINEE GUIDA PER IL PERSONALE

Le prime determinazioni degli organici del personale avverrà sulla base delle indicazioni contenute nel Sub Allegato 2 "*Criteri per la definizione delle dotazioni di personale dei nuovi enti*".

In conformità a quanto previsto dalle D.G.R. di costituzione dei nuovi soggetti giuridici, nel corso del 2016, le assegnazioni di personale determinate con le linee guida di cui al sopra richiamato Sub Allegato 2, potranno essere ridefinite anche in base alle ulteriori modalità e criteri che saranno oggetto di confronto sindacale a livello regionale.

Si richiama di seguito l'attenzione su alcuni punti.

AREA DELLE DIRIGENZE

Con riferimento alla gestione degli incarichi dirigenziali in scadenza tra la fine dell'anno 2015 ed il 2016, al fine di fornire indicazioni operative per garantire comportamenti comuni nelle varie aziende sanitarie del sistema si forniscono le seguenti indicazioni operative:
si ritiene opportuno preliminarmente suddividere la casistica degli incarichi in due tipologie, secondo quanto previsto dall'art. 27 del CCNL 08.06.2000:

A) Incarichi professional;
B) Incarichi di Struttura Complessa, Semplice e Semplice dipartimentale.

A) INCARICHI PROFESSIONALI

Relativamente a tale fattispecie, tenuto conto della natura degli incarichi medesimi collegati sostanzialmente alla specifica competenza professionale acquisita dai dirigenti, si ritiene siano sufficientemente "neutri" rispetto ai possibili assetti organizzativi dei nuovi soggetti giuridici costituendi ai sensi della L.R. n. 23/2015. In tale circostanza si ritiene che gli incarichi in scadenza possano essere pertanto rinnovati secondo le regole dei CCNL vigenti, nonché in base alle regolamentazioni contrattuali decentrate di provenienza del singolo dirigente.

B) INCARICHI STRUTTURA COMPLESSA, STRUTTURA SEMPLICE, STRUTTURA SEMPLICE DIPARTIMENTALE

Gli incarichi di Struttura Complessa, Struttura Semplice e Struttura Semplice Dipartimentale, per loro natura sono incarichi strettamente connessi con l'organizzazione aziendale e pertanto hanno un significativo impatto nell'ambito dei futuri assetti dei nuovi soggetti giuridici. Ipotizzando i possibili scenari, si ritiene di fornire le seguenti indicazioni operative:

1) In presenza di incarichi in scadenza, che possono presentare oggettivamente possibili posizione doppie nelle costituende ASST ed ATS, si dovrà procedere al rinnovo degli incarichi per il periodo intercorrente fra la scadenza dell'originario contratto sino a non oltre l'adozione del nuovo Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) di cui all'art. 17 della l.r. 33/09, così come sostituito dall'art. 1, lett. w) l.r. 23/15. Questa fattispecie è particolarmente evidente nell'ambito delle possibili ASST e ATS che nascono per effetto della fusione di due precedenti aziende sanitarie (ASL o AO);
2) per le tipologia di incarichi che presentano delle condizioni di univocità, in quanto uniche in azienda, e verosimilmente necessarie anche nei nuovi assetti organizzativi derivanti dalla riforma in atto, è possibile valutare un rinnovo con durata secondo quanto previsto dai vigenti CCNL e dalle regolamentazioni contrattuali decentrate di provenienza del singolo dirigente. Questa possibilità è ancora più evidente nell'ambito di quelle ASST e ATS che non sono oggetto di fusione ma di incorporazione, e che pertanto non dovrebbero evidenziare possibilità di doppioni di strutture organizzative.

In ogni caso, a prescindere dalle casistiche sopra evidenziate, sia che gli incarichi della fattispecie B) siano in scadenza o non in scadenza, nei futuri scenari di ASST e ATS costituti per fusione di due o più soggetti giuridici, si pone la necessità di regolamentare da parte della **nuova azienda e prima della formale adozione del POAS**, quanto meno le posizioni di quelle strutture complesse con funzioni centrali amministrative doppie, considerato che determinate funzioni devono necessariamente essere riconducibili ad un unico soggetto anche per la gestione delle relazioni interne ed esterne dell'Ente, (es. firma del Bilancio aziendale, Responsabile unico del personale, ecc.). Si ritiene pertanto indispensabile che il nuovo Direttore Generale individui, nel più breve termine possibile e comunque non oltre il 15 febbraio 2016, un unico responsabile tra due pari grado di identica Struttura Complessa, che abbia la funzione di coordinamento complessivo delle attività del nuovo soggetto giuridico, attraverso provvedimento motivato da trasmettere anche ai competenti uffici regionali della Direzione Generale Welfare.

DIPARTIMENTI

Gli incarichi di Dipartimento, ai sensi della vigente normativa, scadono in ogni caso con la cessazione dell'incarico del Direttore Generale, fatto salvo, ove previsto nelle varie regolamentazioni aziendali di provenienza, alla eventuale "prorogatio", sino alla nomina del nuovo direttore di Dipartimento.
Tenuto conto dei nuovi assetti organizzativi scaturenti dall'applicazione della L.R. n. 23/2015, si ritiene che gli attuali incarichi possano avere una "prorogatio", per garantire la continuità gestionale dei Dipartimenti, non **oltre il 29 febbraio 2016**. Entro tale lasso di tempo il nuovo Direttore Generale, deve procedere a valutare quali incarichi hanno le caratteristiche organizzative ed operative per essere eventualmente rinnovati sino all'adozione del nuovo POAS.

AREA DEL COMPARTO

Con riferimento alla gestione degli incarichi di posizione organizzativa e della funzione di coordinamento, in scadenza tra la fine dell'anno 2015 ed il 2016, al fine di fornire indicazioni operative per garantire comportamenti comuni nelle varie aziende sanitarie del sistema si forniscono le seguenti indicazioni operative:

a) **Posizioni organizzative**
   Gli incarichi di Posizione Organizzativa per l'area del comparto, per loro natura possono essere strettamente connessi con l'organizzazione dipartimentale ed aziendale e pertanto possono avere un impatto nell'ambito dei futuri assetti dei nuovi soggetti giuridici.
   In presenza di incarichi in scadenza, si dovrà procedere al rinnovo degli incarichi per il periodo intercorrente fra la scadenza dell'originario contratto sino a non oltre l'adozione del nuovo Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) di cui all'art. 17 della l.r. 33/09, così come sostituito dall'art. 1, lett. w) l.r. 23/15.

b) **Funzioni di coordinamento**
   Relativamente a tale fattispecie, tenuto conto della natura degli incarichi medesimi collegati sostanzialmente alla gestione operativa localizzata di Strutture e servizi sanitari, che verosimilmente risulteranno presenti anche nei nuovi assetti organizzativi, si ritiene siano sufficientemente "neutri" rispetto ai possibili scenari dei nuovi soggetti giuridici costituendi ai sensi della L.R. n. 23/2015. In tale circostanza si ritiene che gli incarichi in scadenza possano essere pertanto rinnovati secondo le regole dei CCNL vigenti, nonché in base alle regolamentazioni contrattuali decentrate di provenienza del singolo dipendente. Tenuto conto però, che potrebbero essere diverse le modalità di reclutamento nonché quelle di "pesatura" della relativa indennità variabile di coordinamento (ove presente), potrebbe essere prudenziale, soprattutto per i soggetti

giuridici oggetto di fusione per incorporazione, prevedere una durata di rinnovo non superiore all'anno, al fine di consentire ogni eventuale possibile azione di armonizzazione dei contratti integrativi decentrati nel corso del 2016.

2.3. LINEE GUIDA PRIMI PIANI ORGANIZZATIVI AZIENDALI

Nella fase transitoria di avvio delle nuove Agenzie/Aziende si rende indispensabile che la fase di riorganizzazione non crei situazioni di criticità nell'erogazione delle prestazioni ai cittadini.

Al fine di garantire per tutta la durata del periodo transitorio la continuità dei servizi, la Giunta dispone che i titolari delle funzioni di coordinamento, programmazione ed erogazione dei servizi proseguano senza interruzione di continuità le predette attività a prescindere dalla nuova assegnazione, attraverso la formalizzazione di specifici accordi fra le aziende, senza oneri aggiuntivi. Il pieno adempimento a tale disposizione è considerato obiettivo di mandato, perciò sarà verificato e monitorato anche al fine del riconoscimento della quota di risorse da assegnarsi agli obiettivi dei Direttori generali.

Entro il mese di marzo 2016 saranno adottate – previo preventivo confronto con le Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative - apposite linee guida per la redazione dei nuovi Piani di Organizzazione Aziendali Strategici (POAS) di cui all'art. 17 della l.r. 33/09, così come sostituito dall'art. 1, lett. w) l.r. 23/15; tali linee guida dovranno assicurare una razionale distribuzione degli incarichi dirigenziali nonché della individuazione dei Dipartimenti delle nuove aziende anche al fine di garantire il rispetto dei parametri standard individuati dal documento di cui all'articolo 12, comma 1, lett. b) dell'Intesa del 3 dicembre 2009 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2010 – 2012.

Le suddette linee guida dovranno essere redatte sulla scorta dei seguenti principi:

- Individuazione di modelli organizzativi che prediligano la gestione di processi orizzontali e superino la visione verticale per aree e competenze. In tale senso è opportuno che fin dall'insediamento la Direzione Strategica si doti di idonei strumenti organizzativi atti a condividere i nodi chiave delle azioni programmatorie in una logica integrata fra le diverse funzioni: amministrativa, sanitaria e sociosanitaria.

- Adozione di strumenti di organizzazione secondo la logica della rete sia interna che esterna, che si caratterizza per il lavoro comune, basato su regole esplicite, di persone/gruppi la cui opera è interdipendente. Tali soggetti accettano, quindi, di organizzare le proprie relazioni per ottenere vantaggi per la propria attività e soprattutto per gli utenti non conseguibili altrimenti.

- Ricostruzione della filiera erogativa fra ospedale e territorio; in tale contesto il criterio prevalente è quello della presa in carico del paziente e pertanto:
    - la rete territoriale afferente all'area materno infantile dovrà rappresentare il contenitore per tutti gli ambiti specialistici e le strutture che riguardano l'assistenza e la prevenzione nell'età pediatrica e alle donne gravide: ostetricia e ginecologia, neonatologia, pediatria e chirurgia pediatrica in tutti i livelli operativi – territoriali (distretti, consultori e PLS) ed ospedalieri (ricovero ed attività ambulatoriale);
    - nell'ambito dell'integrazione nel dipartimento di salute mentale dovrà essere costituita l'area delle dipendenze con propria autonomia gestionale ed erogativa;
    - lo stesso dicasi per tutte le attività erogative sanitarie e socio sanitarie presenti nel distretto.

- Organizzazione dei servizi per la cronicità in un unico ambito rete/dipartimento secondo lo schema di rete sopra richiamato evitando la frammentazione dei processi e la suddivisione dei servizi fra area ospedaliera e territoriale: il punto organizzativo di accesso al servizio per il paziente deve essere organizzato secondo procedure che consentano di intervenire, nel percorso di cura, al livello erogativo

appropriato; dovrà essere individuata una precisa responsabilità in capo al direttore della rete/dipartimento della cronicità che avrà il compito di indirizzare coordinare e gestire i diversi attori che intervengono nel processo di presa in carico.

In attesa delle linee guida sui Piani di Organizzazione, al fine di orientare già in questa fase le scelte dei nuovi Direttori Generali, in particolare per le funzioni di erogazione in cessione dalle ATS alle ASST, (cure primarie/distretti, farmaceutica, sociosanitario) è stata predisposta una tabella sinottica (Sub Allegato 3 "*Individuazione delle competenze sui macroprocessi aziendali in essere presso ATS e ASST a seguito della L.R. 23/2015*") con l'indicazione dell'attuale e della futura allocazione in attuazione della legge regionale di evoluzione del Sistema Socio Sanitario Regionale.

Relativamente al mantenimento degli attuali incarichi che siano in scadenza si rimanda a quanto stabilito nei punti precedenti del documento.

2.4. LINEE GUIDA PER LA GESTIONE DEI CONTRATTI

L'applicazione della l.r. 23/2015 richiede una particolare attenzione nella gestione dei contratti. Con l'obiettivo di guidare e facilitare il percorso di trasferimento dei contratti alle aziende di nuova costituzione vengono definite le seguenti linee guida. Per gli aspetti analitici si rinvia ai relativi Sub Allegati.

1. Vademecum sulla gestione dei contratti (Sub Allegato 4 "*Vademecum sulla gestione dei contratti*");
2. I contratti assicurativi e la gestione del contenzioso (Sub Allegato 5 "*Contratti assicurativi e gestione del contenzioso*");
3. I servizi di tesoreria (Sub Allegato 6 "*I servizi di tesoreria*").

2.5. LINEE GUIDA SISTEMI INFORMATIVI

Per quanto attiene alle linee guida sui Sistemi Informativi si rinvia, per indicazioni dettagliate, al Sub Allegato 7 "*Primi interventi sui sistemi informativi*".

Si richiamano tuttavia di seguito alcuni punti di particolare rilievo.

La razionalizzazione e la semplificazione delle architetture dei Sistemi Informativi delle Aziende di nuova costituzione ed il ricorso diffuso alle tecnologie ICT rappresentano una opportunità strategica per supportare adeguatamente il processo di riforma sotteso alla Legge Regionale 23/2015.
Tale opportunità va perseguita attraverso una attenta e progressiva pianificazione di interventi tecnici ed architetturali sui sistemi informativi di ciascuna delle nuove Aziende privilegiando soluzioni condivise a livello interaziendale e, preferibilmente, regionale. La pianificazione degli interventi di adeguamento dei sistemi informativi è inevitabilmente soggetta al rispetto delle priorità dettate dagli obiettivi posti dalla riforma e previsti dalla l.r. 23/2015.

Fasi attuative e piani di attuazione
Di seguito vengono riportate le diverse macro fasi che devono essere seguite per la pianificazione degli interventi sui Sistemi Informativi delle nuove Aziende evidenziando in particolare le attività da prevedere necessariamente nel corso del 2016 rispetto a quelle che è necessario programmare ma la cui attuazione impatterà sul biennio successivo:

- **Fase 1 (31 Dicembre 2015)**: interventi straordinari, con minimo impatto sull'architettura generale dei singoli sistemi informativi aziendali, finalizzati a garantire la totale continuità di servizio sia nei confronti degli operatori sociosanitari che degli utenti che accedono alle strutture ospedaliere e territoriali sin dal primo giorno di attuazione della riforma sociosanitaria.

- **Fase 2 (31 Dicembre 2016)**: interventi di adeguamento per razionalizzare l'infrastruttura tecnologica e di comunicazione, per uniformare i sistemi informativi di area amministrativo contabile e per l'evoluzione applicativa e tecnologica dei servizi di accoglienza; tali interventi devono necessariamente privilegiare soluzioni condivise a livello interaziendale o, preferibilmente, regionale;
- **Fase 3 (Biennio 2017/2018)**: interventi per la rivisitazione ed evoluzione della architettura generale dei sistemi informativi delle nuove Aziende Sanitarie con particolare riferimento alla diffusione e sviluppo omogeneo, organico e condiviso a livello interaziendale o, preferibilmente, regionale dei principali servizi applicativi per il supporto all'attività sociosanitaria delle Aziende.

Al fine di coordinare al meglio i diversi interventi si ricorda infine l'obbligo, come negli anni precedenti relativamente al piano annuale SISS, di predisposizione del proprio Piano annuale di attuazione della l.r.23/2015 in cui saranno definiti, per ogni singola azienda gli obiettivi da raggiungere, anche in termini quantitativi, relativamente all'adeguamento del proprio sistema informativo aziendale.

I piani dovranno essere predisposti in modalità coordinata con le evoluzioni che interessano il Sistema Informativo Socio Sanitario di Regione Lombardia (SISS) e dovranno essere presentati in modo congiunto da tutte le Aziende che insistono sulla medesima area territoriale corrispondente con le ATS. Per facilitare la redazione dei piani di evoluzione, verranno forniti alle Aziende appositi "format".

I piani dovranno essere predisposti, in collaborazione con Lombardia Informatica e sottoposti ad approvazione regionale, con le seguenti tempistiche:

- **28 febbraio 2016**: presentazione del piano annuale di prima attuazione per la realizzazione degli interventi relativi alla Fase 2 la cui implementazione dovrà essere completata entro la fine del 2016;
- **30 giugno 2016**: presentazione del piano per la realizzazione degli interventi relativi alla Fase 3 la cui realizzazione deve essere prevista per il biennio 2017/2018.

In particolare, il Piano annuale di prima attuazione conterrà:

- Pianificazione di interventi sull'infrastruttura tecnologica di comunicazione;
- Pianificazione degli adeguamenti di tutti i flussi, gestionali e applicativi secondo le indicazioni regionali;
- L'adeguamento dei sistemi informativi amministrativi;
- I sistemi di accoglienza e riorganizzazione dei servizi di specialistica ambulatoriale;
- i livelli di servizio che l'azienda si impegnerà a rispettare relativamente ai servizi esposti sulla rete SISS;
- la comunicazione ai cittadini e le attività di formazione degli operatori socio-sanitari coinvolti nei vari processi.

Il dettaglio degli ambiti di intervento oggetto della pianificazione prevista per il 30 giugno 2016 (Fase 3) sarà definito successivamente alla valutazione e validazione dei piani di ciascuna ATS riferiti alla Fase 2.

Nuova Anagrafe strutture CUDES

In occasione dell'attuazione della L.R.23 diventa fondamentale e prioritario identificare la nuova anagrafe strutture unica per tutti i sistemi informativi assicurando l'associazione univoca delle anagrafiche ministeriali e identificando le linee guida per la codifica di tutti i flussi informativi.

Identificare e caratterizzare tutte le strutture organizzative del SSL affinché siano univocamente individuate e movimentate da tutte le fonti che caratterizzano il patrimonio informativo di Regione Lombardia sarà perciò il primo obiettivo. Ciò apporterà un notevole miglioramento all'attività di razionalizzazione del patrimonio informativo del SSL e di valorizzazione delle possibilità di elaborazione delle informazioni stesse ai fini delle valutazioni e decisioni dell'amministrazione regionale. È di tutta evidenza che l'introduzione di

tale nuovo sistema di codifica andrà ad impattare in modo significativo su ogni flusso, applicativo e servizio gestito sia a livello aziendale, che regionale che nazionale.
Sulla base degli allegati B1-B8 al decreto 7362 del 23/09/2015 sarà necessaria la ridefinizione delle strutture di livello 1 e 2 rispetto alla nuova organizzazione:

- Livello 1 (Enti): Ricodifica delle ATS e ASST:
  - ATS da 321 a 328,
  - ASST da 701 a 727,
  - IRCCS e AREU mantengono i vecchi codici;
- Livello 2 (Strutture): Ricodifica di Presidi Ospedalieri, Poliambulatori, Strutture di erogazione ex-ASL al fine di pervenire ad un codice unico a livello regionale.

Revisione delle codifiche a partire dal Livello 3 uniformando il significato degli oggetti a livello di Regione Lombardia.

Passo successivo da concordare puntualmente sarà poi il passaggio all'effettivo utilizzo delle nuove codifiche in tutte flussi e servizi: il pianificazione dovrà infatti raccordarsi anche con tutti i livelli centrali al fine di minimizzare vuoti informativi, squadrature e disallineamenti. In merito saranno date indicazioni puntuali con circolari successive

Gestione rilascio esenzioni per patologia, invalidità, reddito

La procedura attuale prevede che l'ufficio scelta/revoca della ASL di appartenenza del cittadino (ove il cittadino ha domicilio sanitario) ha l'onere di registrare le esenzioni (e registrare la scelta del medico).

Al fine di garantire la continuità di tale attività, mantenendo a carico delle ATS di appartenenza del cittadino, basata sul domicilio sanitario, la responsabilità dei controlli, poiché la legge 23/2015 ha previsto che le attività di registrazione delle esenzioni (patologia, invalidità, reddito, ecc.) siano in carico alle ASST, in questa prima fase si dispone che gli operatori della ASST (ex ufficio di scelta e revoca delle ASL) continuino ad accedere e quindi registrare i dati degli assistiti secondo la attuale divisione per ASL/ATS.
In fase successiva, con tempistiche che saranno successivamente indicate, DGW si attiverà, con gli operatori interessati e con LISPA affinché gli stessi operatori possano registrare le esenzioni per conto dell'intero territorio lombardo , al fine di consentire ai cittadini una libera circolazione sul territorio.

Impatti per la gestione del 1° gennaio 2016

1. Stampa del tesserino cartaceo per esenzioni di patologia/invalidità: il tesserino cartaceo stampato per esenzioni di Patologia o di Invalidità riporterà la descrizione della ATS di appartenenza del cittadino. (Per i cittadini della ASL di Como si prevede di differenziare la descrizione della ATS Insubria/Montagna in funzione del comune di domicilio del cittadino).
2. **Il Certificato di esenzione per Reddito** rilasciato da operatore ASST riporterà la dicitura "timbro e firma del responsabile"
3. Nei moduli di autocertificazione per reddito LISPA si sostituirà tutte le occorrenze di "ASL" con "ATS" in riferimento alla responsabilità dei controlli di cui sopra.
Si conferma che i controlli, ai sensi dell'art. 71 e ss. del DPR 445/2000 e del DM 11 Dicembre 2009, oggi in capo alle ASL, saranno di competenza delle ATS.

2.6. LINEE GUIDA SU FARMACI E PROTESICA

Si richiamano le seguenti note regionali:

- nota prot. n. G1.2015.0018535 del 27/11/2015, avente per oggetto "Legge Regionale 23/2015 – prime indicazioni in merito a erogazione diretta ASL di farmaci (tipologia 13 del File F)";
- nota prot. n. G1.2015.0018896 del 01/12/2015, avente per oggetto "Legge Regionale 23/2015 - Procedura transitoria di pagamento delle competenze delle farmacie e della di raccolta mensile delle prescrizioni farmaceutiche, dei promemoria di ricette dematerializzate, della DCR e della relativa documentazione.";
- nota prot. n. G1.2015.0019560 del 04/12/2015, avente per oggetto "Legge Regionale 23/2015 - Procedura transitoria di gestione dell'assistenza Protesica di cui al DM 332/99";

che hanno dato le prime indicazioni al fine di dare avvio alle disposizioni di cui alla Legge Regionale 11 agosto 2015 - n. 23 "*Evoluzione del Sistema Sociosanitario lombardo*", relativamente a:

- distribuzione diretta dei farmaci (Aerea: assistenza farmaceutica);
- consegna delle ricette farmaceutiche SSR, dei promemoria, dei moduli di assistenza integrativa, della DCR e dell'annessa documentazione da parte delle farmacie e pagamento delle competenze delle farmacie;
- erogazione degli ausili protesici di cui al DM 332/99, non inclusi negli accordi con le farmacie (Web-care, Progetto celiachia, ecc.).

A) Prime indicazioni in merito a erogazione diretta ASL di farmaci (tipologia 13 del File F)

Premesso che, in linea con gli indirizzi dettati dalla legge, le attività che saranno gestite esclusivamente dal **Servizio Farmaceutico delle ATS** riguarderanno in particolare:

- controllo e vigilanza autorizzativa e ispettiva su farmacie, parafarmacie, grossisti, depositi, strutture sanitarie e sociosanitarie;
- gestione delle convenzioni, attività istruttoria amministrativa in materia di protesica, dietetica, integrativa e farmaceutica convenzionata e non anche nei casi di sistema misto (DPC, progetto celiachia…);
- governo e monitoraggio della spesa e dell'appropriatezza in materia di farmaceutica, dietetica e protesica, raccordando la produzione delle unità d'offerta pubbliche a quella delle strutture private accreditate;
- programmazione, pianificazione e monitoraggio delle differenti modalità erogative afferenti al complessivo tetto della farmaceutica territoriale;

si conferma che, relativamente alla parte di distribuzione diretta dei medicinali, che al 31.12.2015 è a carico dei Servizi Farmaceutici delle ASL (tipologia 13 del File f), **fino al 31 marzo 2016** tale attività erogativa potrà continuare ad essere gestita provvisoriamente dal servizio farmaceutico della ATS in nome e per conto delle ASST, qualora le medesime non siano già strutturate per tale attività, che ai sensi del riordino sarà di competenza delle ASST.

B) Procedura transitoria di pagamento delle competenze delle farmacie e della di raccolta mensile delle prescrizioni farmaceutiche, dei promemoria di ricette dematerializzate, della DCR e della relativa documentazione)

Nel quadro della riorganizzazione delle ASL verso le nascenti ATS e del trasferimento delle relative attribuzioni, si rendono necessarie misure transitorie che, in osservanza delle convenzioni in atto con le farmacie territoriali, garantiscano la continuità di servizio.

A tal fine, si stabilisce che **per i mesi contabili da gennaio a marzo 2016**, le ATS manterranno le modalità in essere nelle ASL fino al 31.12.2015 relativamente ai rapporti con le farmacie territoriali, così come di seguito evidenziato.

1. Consegna delle ricette SSR, dei promemoria, dei moduli di assistenza integrativa, della DCR e dell'annessa documentazione.

Relativamente al primo trimestre 2016, ossia fino alla data di consegna del 5 aprile 2016 e salvo ulteriori diverse indicazioni, le ATS ritireranno la documentazione in oggetto, secondo l'attuale logistica territoriale e, quindi, mantenendo attivi gli attuali punti di raccolta mensile della documentazione delle precedenti ASL.

2. Pagamento delle competenze delle farmacie

Conseguentemente, per i mesi contabili del primo trimestre 2016, ogni ATS corrisponderà gli importi relativi alle competenze delle farmacie, mantenendo attive le attuali modalità di pagamento in essere nelle ASL.

3. Accordi per l'erogazione e la somministrazione di beni e servizi

In attesa della loro riformulazione su base regionale, restano in essere gli attuali accordi siglati da ogni singola Asl con le organizzazioni territoriali di Federfarma e Confservizi/Assofarm provinciali (ad esempio quelli inerenti l'assistenza integrativa, la collaborazione ai progetti di screening, ecc.), che sono in capo dal 01.1.2016 alle ATS.

C) Procedura transitoria di gestione dell'assistenza Protesica di cui al DM 332/99

Al fine di dare avvio alle disposizioni di cui alla Legge Regionale 11 agosto 2015 - n. 23 "*Evoluzione del Sistema Sociosanitario lombardo*", relativamente a quello che l'erogazione degli ausili protesici di cui al DM 332/99, non inclusi negli accordi con le farmacie (Web-care, Progetto celiachia, ecc.) che rimangono in carico alle ATS, per garantire agli assistiti la continuità di cura durante le diverse fasi del riordino delle strutture sanitarie, con la presente si intendono fornire prime indicazioni operative.

Si dispone che le seguenti attività, al 31.12.2015 in carico alle ASL :

- Acquisti dispositivi di protesica maggiore (ELENCHI 1, 2 e 3 del Nomenclatore Tariffario);
- Gestione magazzino ausili (stoccaggio nuovi e attività di riciclo);
- Acquisti diretti di protesica minore;
- Gestione Ossigenoterapia e ventiloterapia;
- Gestione Nutrizione domiciliare artificiale;

fino al 31 marzo 2016 potranno continuare ad essere gestite provvisoriamente dalle ATS in nome e per conto delle ASST, qualora le medesime non siano già strutturate per tale attività, che ai sensi del riordino sarà di competenza delle ASST.
Infatti nell'ambito delle succitate attività, la DG Welfare, di intesa con gli operatori, condurrà un'attenta analisi delle attuali modalità erogative presenti nelle diverse ASL per uniformare le modalità di gestione che andranno in capo al polo territoriale delle ASST (*ex ufficio protesica*).

D) Attività di vigilanza, controllo e autorizzazione relativamente alla catena distributiva dei farmaci in capo alle ATS

Si conferma che le attività di vigilanza, controllo e autorizzazione relativamente al canale distributivo dei farmaci (farmacie, distributori, grossisti, depositi, parafarmacie, ecc.) sono di competenza della costituenda ATS

Per dare attuazione anche nella fase transitoria dal 1.01.2016 a tale attività prioritaria sul territorio, che coinvolge anche la collaborazione con i NAS e la GDF, si dispone che, in attesa della revisione del capitolo IV della legge 31/96 secondo il riordino previsto dalla legge n. 23/2015, le ATS garantiscano la continuità di tali funzioni, attraverso le commissioni di vigilanza e CFA già costituite, mantenendo in questa prima fase l'originaria competenza territoriale alle stesse attribuite dalle uscenti ASL.

2.7. PRIME INDICAZIONI PER L'INTEGRAZIONE DELLE ATTIVITÀ SANITARIE E SOCIOSANITARIE CON QUELLE SOCIALI AI SENSI DELLA L.R. 23/2015

La l.r. 11 agosto 2015, n. 23 "Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n.33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)" ha normato i nuovi assetti istituzionali e organizzativi per l'evoluzione del welfare sociosanitario lombardo e presenta alcune novità fondamentali, volte ad adeguare il sistema anche relativamente all'integrazione tra le prestazioni sociosanitarie e sanitarie con quelle sociali di competenza dei comuni.

Da tempo le ASL svolgono un preciso ruolo di governance, di regia o operativo su molte attività anche di carattere sociale, sia per la necessità di rispondere contestualmente anche a bisogni socio – sanitari, sia per prevenire l'evoluzione della fragilità sociale in fragilità sociosanitaria e/o sanitaria o ancora per la indispensabilità di promuovere sinergie ed integrazione delle professionalità e delle competenze al fine di realizzare un piano assistenziale adeguato e corrispondente ai bisogni della persona.

Si cita, a titolo di esempio, l'evoluzione dei consultori, prefigurata dal PRS ed avvenuta nel corso della X legislatura, che esercitano un ruolo fondamentale nell'ambito del sostegno alla natalità e maternità che va oltre la presa in carico della gravidanza fisiologica ma entra pienamente anche nella presa in carico della fragilità sociale della donna e della famiglia in sinergia con gli attori del sistema sociale (comuni, terzo settore ecc), come accade con le iniziative regionali Nasko, Cresco, Sostengo) o con altre sperimentazioni innovative realizzate da alcune ASL e sostenute da Regione Lombardia (es. D.G.R. n.1188/2013) che, tra l'altro, rispondono pienamente a specifici obiettivi del Piano Regionale Prevenzione 2015-2018.

Va ricordato, a tal proposito, che la l.r. 18/2014 "Norme a tutela dei coniugi separati o divorziati, in condizione di disagio, in particolare con figli minori" prevede all'art. 4, tra i compiti della Regione, la promozione di interventi di prevenzione e di protezione a sostegno della famiglia e del ruolo genitoriale, valorizzando i consultori pubblici e privati quali centri per la famiglia dedicati alla mediazione familiare, all'orientamento, alla consulenza legale, psicologica, sociale, educativa genitoriale, con specifica attenzione alle situazioni di fragilità e conflitto familiare, proponendo altresì, negli stessi spazi, iniziative volte a favorire l'auto-mutuo-aiuto tra gruppi di genitori, anche attraverso il coinvolgimento degli enti no profit e delle associazioni che si occupano di relazioni familiari.

Si ricorda anche il ruolo che i consultori svolgono in integrazione con il servizio di tutela minori o il servizio sociale del Comune nella valutazione psicodiagnostica delle coppie (cfr. regole 2010) nonché in merito agli eventuali interventi di trattamento psico-terapeutico del minore e/o della famiglia d'origine.

In attuazione del dettato della l.r. 23/2015, sarà pertanto costituito nel 2016 un apposito gruppo di lavoro tra la Direzione Generale Reddito di Autonomia e Inclusione Sociale e la Direzione Generale Welfare prevedendo anche la partecipazione di rappresentanze dei comuni e delle ATS/ASST, con il compito di determinare indirizzi utili al fine di realizzare una piena integrazione tra le attività sociali e quelle sociosanitarie, anche con riferimento ai modelli organizzativi e alle risorse dedicate.

Per l'anno 2016, in attesa della definizione degli indirizzi di cui sopra, le iniziative regionali di carattere sociale attivate sul territorio lombardo a seguito di specifici atti della Giunta Regionale (bandi, interventi e servizi ecc.) ed oggi gestite con la collaborazione operativa o con la regia delle ASL (ora ATS), continueranno ad essere svolte dalle ATS relativamente alle funzioni di governance e dalle ASST per quanto riguarda le funzioni gestionali e erogative.

Sarà compito della Direzione Generale Reddito di Autonomia e Inclusione Sociale fornire in tal senso eventuali indicazioni, laddove necessario, relativamente alle attività sociali in integrazione con quelle sociosanitarie che saranno in capo all'ATS o all'ASST.

2.8. PRIME INDICAZIONI PER L'IMMAGINE COORDINATA DEGLI ENTI DEL SISTEMA SOCIOSANITARIO LOMBARDO A SEGUITO DELL'ENTRATA IN VIGORE DELLA L.R. 23/2015

Il percorso di attuazione della l.r. 23/2015 deve trovare nella comunicazione al cittadino un efficace strumento di riorientamento dell'utenza nel mutato scenario del Sistema Socio Sanitario Lombardo.

In una logica di governance integrata, si declinerà pertanto un nuovo sistema di immagine coordinata, comune a tutti gli enti e le strutture che concorrono alla costruzione del sistema lombardo del welfare, a partire da un nuovo sistema di marchi teso a favorire la percezione da parte dell'utenza di un'unica identità visiva, orientato al contempo a dare valore e riconoscibilità ai simboli storici delle realtà erogative.

Per le indicazioni sulla composizione dei nuovi marchi e sul loro primo utilizzo si rinvia al Sub Allegato 8 "*Prime indicazioni per il rebranding degli enti del Sistema Socio Sanitario Lombardo a seguito dell'entrata in vigore della l.r. 23/2015*", che si intende approvato come parte integrante del presente provvedimento.

La Direzione Generale Welfare assicurerà l'affiancamento in fase di prima applicazione, anche attraverso l'organizzazione di incontri di coordinamento e/o l'invio di circolari esplicative.
Si comunica infine che contestualmente all'avvio dell'operatività dei nuovi soggetti definiti dalla l.r. 23/2015, cessano di avere vigore le indicazioni già fornite al Sistema Sanitario con la D.G.R. n. 10256 del 7 ottobre 2009 "Linee guida per la costituzione degli enti del Sistema Sanitario Regionale".

2.9. ULTERIORI DETERMINAZIONI SULLA COSTITUZIONE DELLE AZIENDE

A parziale integrazione delle D.G.R.:

- n. X/4497/2015 Attuazione della l.r. 23/2015: Costituzione Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) della Valtellina e dell'Alto Lario;
- n. X/4483/2015 Attuazione della l.r. 23/2015: Costituzione Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Lariana.

Si precisa che non afferisce alla Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) della Valtellina e dell'Alto Lario il Consultorio Familiare Pubblico di Olgiate Comasco ed il SERT di Appiano Gentile che sono da considerarsi inseriti nella ASST Lariana.

3. INDIRIZZI REGOLATORI NELL'AMBITO DELLA PROGRAMMAZIONE REGIONALE

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

3.1.1. ACCREDITAMENTO

Si ribadisce la peculiarità del sistema di accreditamento lombardo, come confermato anche dalla nuova riforma del Sistema Sanitario regionale, Legge 23/15, che vede nel processo di accreditamento, il riconoscimento del possesso di ulteriori requisiti di qualità, requisiti indispensabili per accedere alla contrattualizzazione ma il cui possesso non determina automaticamente l'accesso al contratto stesso.

3.1.1.1. AREA SANITARIA

Nelle more della emanazione di indicazioni regionali, da sviluppare in aderenza ai Piani di Programmazione predisposti dalle ATS e agli indirizzi nazionali vigenti, quale il Decreto n. 70 del 2 aprile 2015, circa gli ambiti in cui ampliare l'offerta dei nuovi accreditamenti e/o orientare le trasformazioni degli assetti accreditati, in considerazione delle innovazioni apportate dalla legge regionale 23/15 in ambito di attribuzioni di competenze e di ambiti territoriali per le ATS e le ASST è consentita in strutture già accreditate e a contratto, esclusivamente la possibilità di trasferire e di trasformare UO di ricovero e branche ambulatoriali a parità di numero delle stesse e a budget immodificato, previa valutazione positiva delle ATS, trasmessa alla DG Welfare. In particolare sono consentiti:

- la trasformazione di branche ambulatoriali e/o posti letto attivi;
- la trasformazione di UO di ricovero in nuove UO, applicando per i posti letto attivi il rapporto di 2 a 1;
- l' apertura di posti tecnici dialisi, sub acute, BIC, MAC per trasformazione in rapporto 1 a 1 di posti letto attivi;
- l'apertura di punti prelievi come descritto in altra parte del documento, secondo le modalità previste dall'allegato della D.G.R. n. VII/3313/2001.

Si ribadisce che non è possibile l'accreditamento di strutture ambulatoriali, di ulteriori branche ambulatoriali o di sezioni specialistiche di Servizi di Medicina di Laboratorio, mentre potranno eventualmente essere accreditate attività coinvolte nel riordino della rete riabilitativa. In particolare potranno essere autorizzate conversioni con rapporto 1 ad 1 di letti di tipo ordinario e non solo di day hospital in postazioni di MAC (macroattività ambulatoriali complesse) soprattutto per le attività di riabilitazione in esito di protesizzazione elettiva.
Viene mantenuta la disposizione delle Regole 2014 circa la possibilità di utilizzare posti letto accreditati e non a contratto con il solo obiettivo di poter effettuare tutte le attività necessarie a raggiungere il valore contrattualmente concordato con la ATS per i residenti Lombardi in caso di richiesta non governabile di ricovero proveniente da cittadini residenti in altre regioni.
Nel corso del 2016 saranno perfezionati i percorsi per la definizione dei requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento di:
Stroke unit, Laboratori di elettrofisiologia, Centri per le Staminali Emopoietiche (CSE), Centri PMA, Farmacie Ospedaliere, POT, Servizi di Medicina di Laboratorio specialistici di "Genetica Medica e Citogenetica" e di "Anatomia Patologica"
Nelle more della ridefinizione dei criteri autorizzativi per l'autorizzazione di laboratori specialistici di "Anatomia Patologica" e di "Genetica Medica e Citogenetica" sono quindi sospese le autorizzazioni all'attivazione di nuovi laboratori e di nuove sezioni specializzate (comprese le trasformazioni) riferiti alle succitate specialità.

In ordine al possesso dei requisiti tecnologici e strutturali previsti dalla normativa vigente per le strutture sanitarie di diritto pubblico e privato si richiama quanto già disposto con D.G.R. N. VII/13306/2003, Circolare N. 26/SAN del 21/7/2003, con D.G.R. N. VIII/6226/2007 e con D.G.R. N. IX /898/2010. Preso atto delle disposizioni normative sopravvenute in particolare in materia:

- di prevenzione incendi, il D.M. 19/3/2015 con l'allegato I e II, ha sostituito integralmente i Titoli III e IV della Regola Tecnica di prevenzioni incendi del Decreto del Ministro dell'Interno 18/9/2002 e, con l'allegato III e ha aggiunto il Titolo V concernente il sistema di gestione della sicurezza all'adeguamento antincendio delle strutture sanitarie esistenti che non abbiano ancora completato l'adeguamento antincendio;
- di adeguamento alle norme antisismiche ai sensi del D.M. 14.01.2008, alle Circ. Min. INFR. 05.08.2009 e 11.12.2009 e della Normativa Regionale, D.G.R. 7/14964 del 7 novembre 2003 D.G.R. X/2129 del 11 luglio 2014 - Aggiornamento delle zone sismiche in Regione Lombardia D.G.R. X/2489 del 10 ottobre 2014.

Si sono pertanto valutati:

- la necessità di frazionare gli interventi edilizi per fare fronte alle esigenze sanitarie dei cittadini senza interrompere l'erogazione di un servizio pubblico per prestazioni sanitarie anche salvavita,
- l'esigenza di non determinare danni gravi alle aziende che operano in ambito sanitario e ai lavoratori delle stesse,
- i contenuti dei Decreti del Direttore Generale Sanità assunti ai sensi della D.G.R. N. IX 898/2010 che su valutazione delle ASL proponenti hanno consentito l'instaurarsi di un percorso di salvaguardia sia del bisogno sanitario dei cittadini sia del rispetto delle regole di sicurezza per i cittadini stessi e per gli operatori coinvolti,
- le relazioni di monitoraggio delle attività di adeguamento e di aderenza ai cronoprogrammi presentati, effettuate ai sensi della D.G.R. n. IX/898/2010.

Considerato quanto sopra, si rileva pertanto la necessità di valutare positivamente la manifestata esigenza di consentire il completamento degli interventi mancanti o che per le intervenute modifiche normative si rendano necessari al fine di adeguare le strutture alle nuove disposizioni vigenti, consentendo di armonizzare i piani di adeguamento già in atto alle nuove disposizione normative vigenti e pertanto ai sensi dell' art. 15, comma 2, della l.r. 23/2015, si dispone che:

1. **entro il 31/12/2015** il Legale Rappresentante dell'Ente deve presentare, per le strutture interessate, formale istanza alla ASL/ATS competente e per conoscenza, senza allegati, alla Direzione Generale Welfare. Saranno ritenute valide le istanze presentate, entro il termine sopra riportato del **31/12/2015**, anche in carenza della richiesta documentazione che potrà pervenire alla ASL / ATS entro una tempistica che sarà definita con una circolare esplicativa della DG Welfare e con cui sarà predisposto un fac-simile di istanza.
2. Entro il termine massimo di 100 giorni dalla data di presentazione dell'istanza di proroga, completa di tutta la documentazione necessaria, le ATS provvedono ad effettuare le verifiche di competenza e ad inviare alla DG Welfare le proposte di provvedimenti di proroga all'assolvimento dei requisiti tecnologici e strutturali previsti dalla normativa vigente, con scadenza che, comunque, non potrà andare oltre il **31/12/2020**. Tali provvedimenti possono contenere eventuali prescrizioni al fine di garantire il corretto proseguimento del servizio.
3. Al fine di consentite l'espletamento delle verifiche di cui al punto 2, garantendo contestualmente di legittimare la continuità dell'assistenza, i contenuti dei decreti del Direttore Generale Salute di cui alla D.G.R. n. IX/ 898/2010, si intendono prorogati sino alla definizione di un nuovo provvedimento della ATS territorialmente competente a condizione che il Legale

Rappresentante dell'Ente abbia presentato l'istanza di proroga nei tempi e nelle modalità qui indicate.

4. Con l'istanza di proroga il Legale Rappresentante dell'Ente deve certificare :
   a. l'impegno a concludere il piano di nuova formulazione o il piano in corso, con riformulazione del cronoprogramma, o con una proposta di modifica del piano medesimo entro il termine massimo del 31/12/2020;
   b. lo stato di attuazione del piano programmatico, anche ai sensi della D.G.R. n. IX/ 898/2010, con la quota dei lavori o attività non eseguiti e la specificazione degli stessi;
   c. le ragioni, motivate e documentate, che non hanno consentito il completamento dei lavori entro i termini previsti;
   d. il termine massimo entro il quale si assume l'impegno di completare gli interventi in parola, dettagliato in apposito cronoprogramma;
   e. le misure strutturali, tecniche e/o organizzative poste o da porre in essere nell'immediato, al fine di assicurare comunque, sia pure in modi diversi, il soddisfacimento dei fini sottesi alle prescrizioni dei relativi requisiti.
5. Il Direttore Generale Welfare nell'accogliere o rigettare l'istanza, sulla base del parere reso dall'ATS nel suo provvedimento, potrà imporre eventuali prescrizioni e/o modifiche al piano o ai tempi prefigurati.
6. La Direzione Generale Welfare si impegna ad effettuare un monitoraggio continuo sul mantenimento dei requisiti stessi attraverso relazioni annuali, a decorrere dal secondo anno, a cura della ATS territorialmente competente.

3.1.1.2. AREA SOCIOSANITARIA INTEGRATA

3.1.1.2.1. ACCREDITAMENTO UNITÀ D'OFFERTA SOCIOSANITARIE

Il tema centrale per la rete sociosanitaria per l'anno 2016 non potrà che essere l'evoluzione che avranno le unità d'offerta ed i servizi erogati nell'ambito della impostazione innovativa del Servizio Sociosanitario Regionale tracciata dalla Legge Regionale 11 agosto 2015. n. 23.
La forte integrazione degli ambiti sociosanitario e sanitario è certamente uno delle principali traguardi indicati dalla legge n. 23, cui si punta anche attraverso una profonda ridefinizione degli attori del sistema e delle reti in cui dovranno operare, per dare la migliore risposta possibili ai bisogni degli utenti, in particolare alle persone portatrici di bisogni cronici, spesso con fragilità.

L'impegno a farsi carico della fragilità, della non autosufficienza e delle patologie cronico-degenerative connota indiscutibilmente la prospettiva di evoluzione del sistema e rappresenta per l'ambito sociosanitario uno stimolo a crescere ulteriormente secondo un'impostazione, del resto, che gli è consona.

Nel corso del 2015 l'offerta della rete sociosanitaria si è ampliata con la messa contratto di 500 nuovi posti di RSA nella aree territoriali carenti e con la messa a sistema dell'unità d'offerta residenziale a bassa intensità assistenziale nell'area delle dipendenze come previsto dalla D.G.R. 2989/2014.

Per l'anno 2016, pertanto, la programmazione è improntata all'attuazione dell'evoluzione del sistema delineata con la citata Legge regionale n.23, con la realizzazione dei nuovi modelli organizzativi che comprendono sia la costituzione di reti tra soggetti erogatori, sia lo sviluppo di nuove modalità di presa in carico ed assistenza.

Una particolare attenzione deve essere dedicata ad orientare e favorire l'integrazione nel nuovo contesto degli attuali erogatori di servizi e prestazioni sociosanitarie, presidiando la realizzazione dei necessari adeguamenti. In un contesto di profonda revisione dei modelli di presa in carico e risposta ai bisogni e di

riorganizzazione della rete sociosanitaria, occorre prioritariamente procedere al riassetto della rete degli erogatori presenti, rimandando ad una seconda fase le ulteriori valutazioni di sistema necessarie per la programmazione dell'accesso di nuovi erogatori sulla base della elaborazione di appropriati indici di fabbisogno.

Sarà garantita anche la prosecuzione dei percorsi di adeguamento e sviluppo già avviati, che comprendono in particolare la sistematizzazione dell'unità d'offerta delle cure intermedie.

Alla luce delle priorità sopra individuate, per l'anno 2016 sono temporaneamente sospesi i nuovi accreditamenti di tutte le tipologie di unità d'offerta sociosanitaria.

Restano sempre possibili la messa in esercizio e le modifiche di unità d'offerta già in esercizio, la cui competenza, precedentemente posta in capo alle ASL viene trasferita alle ATS, ai sensi dell'articolo 15 della Legge regionale 11 agosto 2015, n. 23.

Ai sensi dell'articolo 15 della Legge regionale 11 agosto 2015, n. 23, è posta in capo alle ATS territorialmente competenti anche la titolarità del procedimento di accreditamento, sia per quanto concerne l'accreditamento di nuove unità d'offerta, sospeso per l'anno 2016, sia per quanto riguarda l'adozione di provvedimenti di modifica, voltura, sospensione, revoca e decadenza.

Si precisa che l'accreditamento e le sue variazioni si perfezionano all'atto dell'iscrizione da parte di Regione nel registro regionale delle strutture accreditate.

Per l'anno 2016, possono essere presentate, alle ATS territorialmente competenti e, per conoscenza, alla Regione, istanze di modifica dell'accreditamento per riduzione della capacità ricettiva o del volume di attività, per trasferimento della sede, per variazione del soggetto gestore e le istanze di accreditamento definitivo a seguito di conclusione di Piani programma.

Sono fatte salve le istanze di accreditamento già presentate nel corso dell'anno 2015 e ancora in trattazione e gli eventuali nuovi accreditamento per unità d'offerta sociosanitarie realizzate con l'erogazione di finanziamenti pubblici statali o regionali, finalizzati alla realizzazione dell'unità d'offerta stessa.

Ai sensi dell'articolo 15 della Legge regionale 11 agosto 2015, n. 23, l'iter procedurale per la messa in esercizio e l'accreditamento di unità d'offerta sociosanitarie sono definite nella "*Procedura per l'esercizio e l'accreditamento delle unità d'offerta sociosanitarie*", riportata nel Sub Allegato 9, che sostituisce integralmente l'allegato 2 della D.G.R. n. 2569/2014.

Possono essere presentate per l'anno 2016 anche le istanze di riconoscimento di ente unico, che rimangono in capo a Regione.

3.1.1.2.2. UNITÀ D'OFFERTA CON PIANO PROGRAMMA IN CORSO

La D.G.R. n. 1185 del 20/12/2013 ha previsto la possibilità per le ASL di prorogare al 31/12/2015 le autorizzazioni provvisorie per il completamento dei piani programma delle 76 unità di offerta sociosanitarie a quella data ancora interessate da lavori, a condizione dell'adozione di un piano straordinario per la sicurezza.

L'ultimo monitoraggio dello stato di attuazione dei piani programma evidenzia, alla data del 30/11/2015, ancora 38 unità di offerta con lavori non conclusi, come indicato nella seguente tabella e 7 unità di offerta con lavori conclusi in attesa di acquisire le certificazioni necessarie.

Tipologia	n.
RSA	6
CDI	2
RSD	9
CDD	2
CSS	2
CF	2
SERT	4
RIA/INT.	11
TOTALE	**38**

Le motivazioni della mancata conclusione dei piani programma possono essere così sinteticamente elencate:

1. necessità di adeguare in corso d'opera i piani alle disposizioni normative sopravvenute. In particolare in materia di prevenzione incendi, il D.M. 19/3/2015 ha sostituito, con l'allegato I e II, integralmente i Titoli III e IV della Regola Tecnica di prevenzioni incendi del Decreto del Ministro dell'Interno 18/9/2002 e, con l'allegato III, ha aggiunto il Titolo V concernente il sistema di gestione della sicurezza all'adeguamento antincendio delle strutture sanitarie esistenti che non abbiano ancora completato l'adeguamento antincendio;
2. complessità degli stessi che, in alcuni casi, coinvolgono più tipologie di unità di offerta di un unico gestore, dislocate su più ATS;
3. particolarità di alcuni piani relativi a unità di offerta allocate in edifici di proprietà di soggetti diversi dal gestore, quali ad esempio Aziende Ospedaliere, la cui conclusione è condizionata dalla conclusione di un piano di adeguamento più ampio;
4. frazionamento degli interventi, per fare fronte ai bisogni degli cittadini, senza interrompere l'erogazione delle prestazioni.

Ritenute valide le motivazioni di cui sopra, si rileva la necessità di consentire il completamento degli interventi mancanti, per evitare l'interruzione di attività assistenziali con funzioni di servizio pubblico e danni gravi alle aziende e ai lavoratori delle stesse.

A tale fine, il termine per l'adeguamento dei requisiti strutturali e tecnologici delle unità d'offerta con piano programma in corso è fissato al 31/12/2017, con le seguenti indicazioni:

1. le ATS provvedono ad emettere provvedimenti di proroga alle autorizzazioni provvisorie per il completamento dei piani programma, sulla scorta delle necessarie verifiche, con scadenza entro il 31/12/2017, a condizione che il legale rappresentante della struttura interessata presenti formale istanza alla ASL (ora ATS) competente e per conoscenza alla Direzione Generale Welfare. Tali provvedimenti possono contenere eventuali prescrizioni al fine di garantire il corretto proseguimento del servizio. Per le unità di offerta a gestione diretta ASL (ora ASST), venendo meno la vigilanza incrociata, le ASL (ora ATS) che ricevono le istanze di proroga sono tenute a trasmetterle entro il giorno 8/01/2016 al servizio di vigilanza competente per il territorio in cui è ubicata l'unità di offerta;
2. entro il termine massimo di 60 giorni dalla data di presentazione dell'istanza di proroga, le ATS provvedono ad effettuare le verifiche di competenza e ad emettere i provvedimenti di proroga alle autorizzazioni provvisorie al funzionamento, con scadenza che, comunque, non potrà andare oltre il 31/12/2017;

3. al fine di consentite l'espletamento delle verifiche di cui al punto 2, garantendo contestualmente di legittimare la continuità dell'assistenza, le autorizzazioni provvisorie al funzionamento in essere e in scadenza al 31/12/2015 si intendono prorogate per un massimo di 60 giorni, a condizione che l'Ente gestore abbia presentato l'istanza di proroga nei tempi e nelle modalità qui indicate;
4. con l'istanza di proroga il legale rappresentante dell'ente gestore deve certificare:
   a. l'impegno a concludere il piano in corso, con riformulazione del cronoprogramma, o con una proposta di modifica del piano medesimo, tale da garantire l'effettiva conclusione dei lavori entro il 31/12/2017;
   b. lo stato di attuazione del piano programma, con la quota dei lavori o attività non eseguiti e la specificazione degli stessi;
   c. le ragioni, motivate e documentate, che non hanno consentito il completamento dei lavori entro i termini previsti;
   d. le misure strutturali, tecniche e/o organizzative, poste o da porre in essere nell'immediato, al fine di assicurare comunque, sia pure in modi diversi, il soddisfacimento dei fini sottesi alle prescrizioni dei relativi requisiti;
   e. l'avvenuto adeguamento del piano straordinario di sicurezza, in relazione a quanto stabilito dal citato D.M. 19/3/2015 in materia di antiincendio, che deve evidenziare i divieti, le limitazioni e le condizioni di esercizio ordinarie e in emergenza per ciascuna delle fasi del piano programma seguendo in modo dinamico l'intero processo;
5. le ATS proseguono il monitoraggio semestrale dell'andamento dei lavori con verifiche documentali e sopralluoghi presso le strutture, con particolare attenzione agli aspetti relativi alla sicurezza degli utenti e dei lavoratori, dando comunicazione degli esiti alla Direzione Generale competente;
6. le autorizzazioni provvisorie consentono il mantenimento dell'accreditamento e del contratto ove esistenti, fatte salve eventuali riduzioni di budget previste in sede di definizione degli indici di programmazione.

3.1.2. PROGRAMMAZIONE, NEGOZIAZIONE E CONTRATTUALIZZAZIONE

3.1.2.1. AREA SANITARIA

Verrà affrontata nel corso del 2016 una progressiva rimodulazione delle c.d. funzioni non tariffabili che permetta di potenziare il livello erogativo di prestazioni di ricovero e cura e di specialistica ambulatoriale con particolare attenzione alle tipologie di attività che sono in corso di riorganizzazione, anche alla luce del D M 70/2015 (Regolamento standard ospedalieri), quali l'emergenza urgenza e le reti tempo dipendenti.

3.1.2.1.1. RETE DI OFFERTA OSPEDALIERA

I posti letti del 2014, ultimo anno completamente disponibile e consuntivato, sulla base dei flussi ministeriali HSP 22-23-24 (posti letti attivati e quindi a carico del SSR nell'anno) sono stati 37.249 che a fronte di una popolazione (dato ISTAT) al 01/01/2014 di 9.973.397 abitanti porta ad un indice di posti letto di 3,73/1.000.

Si ricorda che il decreto 2 aprile 2015 n. 70 relativo alla definizione degli standard ospedalieri, quello previsto dalla legge 135/2012, prevede che il 3,7 per mille sia modulabile in incremento e/o decremento sulla base del saldo della mobilità.

Applicando la metodica definita dal predetto regolamento Regione Lombardia può arrivare ad un indice di posti letto pari a circa 3,84/1.000.

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

La riorganizzazione complessiva della rete di offerta rappresenta un punto focale della programmazione futura: il cambiamento del sistema va comunque sorretto utilizzando al meglio gli strumenti di governo che nel tempo hanno consentito il mantenimento dell'equilibrio di sistema.
Fra questi viene mantenuta la disposizione di destinare per le attività negoziabili (ricoveri e specialistica ambulatoriale) due fondi differenti per le strutture di diritto pubblico e privato rispettivamente.
Il 2016 sarà caratterizzato dall'avvio delle attività dei nuovi enti di diritto pubblico del SSL (ASST ed ATS) e le funzioni di Programmazione e di Acquisto delle Prestazioni effettuate dalle ATS saranno effettuate su ambiti territoriali quasi sempre superiori rispetto a quelli riferibili alle ASL attuali e caratterizzati da un differente profilo di domanda e di offerta di servizi e di prestazioni sanitarie e socio sanitarie. Al fine di permettere un corretto avvio delle predette funzioni che avverrà anche in un periodo di riorganizzazione della struttura organizzativa stessa delle ATS si prevede per le attività di ricovero e di specialistica ambulatoriale di procedere ad una modalità semplificata di negoziazione che sarà condotta secondo le seguenti tempistiche e modalità indicate nei paragrafi che seguono.

3.1.2.1.3. AREA DI RICOVERO

- entro il **15 gennaio 2016** stipula del contratto con la definizione provvisoria di un valore, per pazienti lombardi, pari a 4/12 del contratto definitivo del 2015
- entro il **30 Aprile 2016**, vincolando la fattibilità delle seguenti disposizioni ai contenuti della legge di stabilità 2016, per le strutture di diritto privato, finanziato 2015 più, per le strutture che nell'ultimo biennio hanno superato il budget ed hanno mantenuta inalterata o hanno incrementato la casistica legata all'area oncologica e a quella delle reti tempo dipendenti, il consolidamento di una percentuale dell'iperproduzione nel rispetto dei vincoli previsti dalla legge di stabilità.
Questi incrementi di budget saranno garantiti anche attraverso una riduzione delle funzioni non tariffabili.

Per le attività di ricovero l'obiettivo è quello di ridurre del 10% rispetto al 2015 la valorizzazione riferibile ai 108 DRG ad elevato rischio di inappropriatezza % (e comunque tale da portare a una percentuale inferiore del 21% il numero di ricoveri con tali DRG rispetto ai DRG "appropriati") di cui al Patto per la Salute 2010-2012 ed oggetto di verifica per valutare il raggiungimento da parte delle Regioni degli adempimenti LEA.
La Percentuale di pazienti con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario, oggetto anch'essa di verifica nell'ambito del programma nazionale esiti (PNE) e per valutare il raggiungimento da parte delle Regioni degli adempimenti LEA, dovrà essere a livello regionale non inferiore al 60%.

Lo strumento per il monitoraggio dell'andamento nel 2016 dei predetti indicatori, che sono anche adempimenti LEA per i quali Regioni Lombardia ha l'impegno rispetto al Ministero della Salute di migliorare le performance, sarà il portale di governo accessibile a tutte le strutture pubbliche e private di ricovero e cura. Si tratta dei due "indicatori di patologia" denominati indicatore I10 ed I7. La casistica afferente al numeratore che costituisce i predetti indicatori I10 ed I7, al fine di incentivare il raggiungimento da parte di Regione Lombardia delle soglie sopra riportate, avrà la seguente rimodulazione tariffaria:

indicatore 10 (**Tasso Ricoveri Ordinari di 2 o più GG per DRG Alto Rischio Inappropriatezza**):

1. > 10,7/100.000 riduzione del 20% della valorizzazione
2. Tra 7,7 e 10,6 riduzione del 15% della valorizzazione
3. Tra il 6,5 ed il 7,6 riduzione del 10%
4. Tra il 4,2 ed il 6,4 riduzione del 5%
5. Per tassi inferiori al 4,2 / 100.000 valorizzazione invariata

Indicatore 7 (**% Fratture del Femore Operate Entro 48h da ammissione**):

1. <33,3% riduzione del 15% della valorizzazione
2. Tra 33,3 e 50 riduzione del 10% della valorizzazione
3. Tra il 51 ed il 60 riduzione del 5%
4. Tra il 61 ed il 75 valorizzazione invariata
5. >75% valorizzazione incrementata del 5%

- Consolidare nel contratto 2016, gli incrementi già finanziati per il 2015 della quota relativa agli accompagnatori, quando sia per loro garantito un posto in camera con i ricoverati, per le UO di cure palliative e per le UO dedicate all'età evolutiva.
- Con la negoziazione 2016 va a pieno regime la previsione della D.G.R. 1520/2014 che le strutture che nel biennio 2012-2013, per via delle modifiche dei criteri di attribuzione, hanno subito una riduzione media della funzione complessità della riabilitazione superiore del 40% rispetto al 2011 e che sono sede di attività di alta complessità, potranno avere, previa valutazione delle ASL di ubicazione, un incremento delle risorse contrattualizzate per i ricoveri di un ammontare massimo pari al valore della riduzione oltre la soglia del 40% sopra definita.

- Rimodulazione dei contratti sulla base delle performance. Il 2016 sarà il quarto esercizio nel quale le risorse per le attività di ricovero e cura destinate ai soggetti erogatori contrattualizzati saranno modulate da un -2% ad un + 2% sulla base del posizionamento che le strutture stesse conseguiranno nella valutazione delle performance relativa al 2015. Gli esiti saranno resi noti in sede di negoziazione con i soggetti erogatori; entro il 30 marzo 2016 la DG Welfare elaborerà degli indicatori relativi alla qualità di gestione del tumore al seno e del colon-retto che sanno utilizzati per introdurre nei contratti 2016 degli ulteriori elementi economici incentivanti e disincentivanti le strutture di ricovero e cura.

3.1.2.1.4. ATTIVITÀ AMBULATORIALI

L'obiettivo, vincolando la fattibilità delle seguenti disposizioni ai contenuti della legge di stabilità 2016, è quello di destinare per gli incrementi previsti dalla D.G.R. X/4376/2015 e per mantenere la produttività delle strutture inalterata anche a seguito del crescente numero di esenti, risorse incrementali fino ad un valore massimo di 35 milioni di euro. Questi incrementi di budget saranno garantiti anche attraverso una riduzione delle funzioni non tariffabili.

1) entro il 15 gennaio 2016, stipula del contratto con la definizione provvisoria di un valore, per pazienti lombardi, pari a 4/12 del contratto definitivo del 2015
2) entro il 30 aprile, vincolando la fattibilità delle seguenti disposizioni ai contenuti della legge di stabilità 2016, fissazione definitiva del valore base del contratto pari al 95% del finanziato 2015 più gli incrementi previsti dalla D.G.R. X/4376/2015 che saranno stabiliti dopo la approvazione della legge di stabilità 2016. Dal 95% al 103% abbattimento massimo del 30% e dal 103 al 106% abbattimento massimo del 60%.

- Oltre il 106% non viene garantita la remunerazione delle risorse se non a fronte, su base ATS o Regionale, di una dimostrata ulteriore disponibilità di risorse.
- Per le attività di specialistica ambulatoriale si stabilisce che si salvaguardi in via prioritaria il fabbisogno e la conseguente garanzia da parte dei soggetti contrattualizzati delle seguenti tipologie di prestazioni:

- Visite specialistiche
- Attività ecografiche
- Attività di screening
- Mammografie

Al fine di poter salvaguardare l'accessibilità a queste attività e ad altre che le ATS potranno individuare verranno, dopo l'approvazione della legge di stabilità, assegnate alle 8 ATS delle quote di risorse finalizzate a finanziare queste priorità di erogazione che saranno negoziate ad hoc dalle ATS con i singoli erogatori coinvolti.

Si conferma anche per l'anno 2016 la prosecuzione del **progetto ambulatori aperti** e che anche per le strutture di diritto privato, sulla base delle indicazioni delle ATS, sarà prioritario mantenere un'accessibilità ottimale anche nelle fasce orarie serali e nella giornata di sabato.

Le ATS nel corso del 2016 dovranno effettuare un attento monitoraggio delle attività avendo come priorità di attenzione:

1) la distribuzione omogenea delle attività per tutto l'arco dell'anno evitando così di avere dei cali negativi di offerta nell'ultimo trimestre dell'anno
2) una buona accessibilità alle prestazioni misurata come tempi di attesa per aree territoriali omogenee che dovranno essere definite nel contesto del territorio delle singole ATS
3) il rispetto della appropriatezza di prescrizione e di effettuazione delle prestazioni prevedendo, per quelle per le quali sono stati definiti a livello regionale dei criteri di appropriata prescrizione, delle azioni delle azioni di verifica e di monitoraggio in collaborazione con i prescrittori e gli erogatori di prestazioni

Medicina dello sport
Si conferma le necessità di procedere alla contrattualizzazione anche per le strutture accreditate di medicina dello sport che erogano le certificazioni di idoneità alla attività agonistica per minori e per disabili ricomprese nei LEA. Le modalità di contrattualizzazione sono le medesime già definite per le strutture ambulatoriali, ma in considerazione della peculiarità delle prestazioni in oggetto si conferma che il contratto dovrà essere dedicato e prevedere esclusivamente una soglia massima calcolata in base alle prestazioni erogate nel corso del 2015.

Adroterapia
Limitatamente alle attività di Adroterapia erogate dal CNAO di Pavia nell'ambito dei criteri di appropriatezza già definiti, in considerazione della graduale messa a regime dell'attività e del consolidamento della stessa si conferma la possibilità di prevedere un'integrazione delle quote di risorse assegnate fino a un massimo di 3 milioni. La stessa integrazione vale per l'esercizio 2015.

Trasferimento risorse dalle attività di ricovero a quelle di specialistica ambulatoriale
E' ammesso alle seguenti condizioni:

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

Le quote di budget relative all'intera annualità saranno successivamente individuate dalle ATS. Le ATS entro il 10 aprile predisporranno le loro proposte che saranno valutate dalla DG Welfare per verificare la loro

compatibilità con il quadro economico complessivo di sistema. Le attività di negoziazione dovranno aver termine entro il 30 Aprile 2016.
Il contratto stipulato tra le ATS ed i soggetti erogatori avrà validità solo quando, dopo essere stato inserito nel software gestionale della DG Welfare denominato s.c.r.i.b.a., sarà validato dalla Direzione stessa
Le ATS devono prevedere nel contratto che l'erogazione delle prestazioni sia distribuita in modo adeguato nel corso dell'anno ed i contratti stessi dovranno contenere delle precise clausole per i soggetti erogatori per garantire un'erogazione omogenea nel corso dell'anno e per coniugare la continuità dell'erogazione delle prestazioni nel corso dell'anno con le risorse economiche negoziate con le ATS. L'effettiva capacità di governo di questi elementi sarà elemento di valutazione dei Direttori Generali.

3.1.2.1.5. EROGATORI PUBBLICI

La legge 135/2012 richiama prioritariamente per le strutture di diritto pubblico la necessità di governare il livello dei costi. Per queste strutture i contratti saranno sempre basati sulla logica della definizione di budget economici per obiettivi di attività prevalentemente attribuiti su base storica. Altresì per accompagnare il sistema degli erogatori pubblici su un percorso che possa conciliare al meglio la necessità di perseguire l'efficienza garantendo la qualità dei servizi è necessario introdurre nella negoziazione degli strumenti di indirizzo e di orientamento relativamente l'erogazione dei servizi di ricovero e di specialistica ambulatoriale.

3.1.2.1.6. ASPETTI RELATIVI AL RIORDINO DELLA RETE DI OFFERTA

L'approvazione del Patto per la Salute 2014/2016 e il decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70 "*Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera"* pongono precisi obiettivi rispetto al tasso di posti letto, alla rete dell'emergenza e dell'urgenza, ai livelli della rete ospedaliera ed al numero di unità operative afferenti alle diverse discipline, al numero minimo di letti per acuti necessari per poter accreditare e assegnare un contratto una struttura privata accreditata.
Sarà necessario procedere, anche tramite l'adozione di specifici atti di riordino, in puntuale applicazione delle previsioni del sopra citato decreto, da completarsi entro il 2017.

3.1.2.1.7. PROGRAMMI DI SCREENING ONCOLOGICI

Nell'ambito del budget 2016 deve essere identificata una quota destinata prioritariamente alle attività di screening oncologico organizzato dalle ATS garantendo un aumento di almeno il 3% rispetto all'analoga quota 2015. L'eventuale avanzo rispetto a quanto usufruito/da usufruire nell'ambito dei programmi di screening per il 2016 potrà essere utilizzato nell'ambito di altre prestazioni specialistiche ambulatoriali esclusivamente solo in seguito a esplicita dichiarazione della ATS.

Nell'ambito dell'erogazione di mammografie di prevenzione al di fuori dei percorsi di screening (IDTIPOPRESTAZIONE "T prestazioni finalizzate alla diagnosi precoce dei tumori" codici 87371, 87372), gli erogatori dovranno mettere in atto modalità organizzative/informative (in accordo con i centri screening delle ATS) per favorire il re-inserimento nei percorsi di screening organizzato delle donne tra i 50-69 anni che accedono a tali prestazioni. Ciò favorendo contestualmente il contenimento degli accessi inappropriati.

3.1.2.2. AREA SOCIOSANITARIA INTEGRATA

3.1.2.2.1. NEGOZIAZIONE E CONTRATTO UNITÀ D'OFFERTA SOCIOSANITARIE

Nel corso del 2016 prosegue il percorso intrapreso di evoluzione del sistema sociosanitario, ridefinito alla luce della Legge regionale 11 agosto 2015, n.23, che punta a realizzare un sistema sempre più capace di rispondere in modo omogeneo sul territorio ai bisogni emergenti, compatibilmente con le risorse disponibili, sulla base della rilevazione dei bisogni del territorio e dell'analisi della distribuzione delle unità d'offerta nelle nuove ATS e nelle relative ASST di riferimento.
Nel 2015 l'offerta della rete sociosanitaria si è ampliata con la messa a contratto di 500 nuovi posti di RSA nelle aree territoriali carenti e con la messa a sistema dell'unità d'offerta residenziale a bassa intensità assistenziale nell'area delle dipendenze come previsto dalla D.G.R. 2989/2014. Rispetto a quest'ultima tipologia di servizio, che prosegue e stabilizza le sperimentazioni avviate nel 2012, è prevista la conclusione dell'iter di accreditamento con la messa a contratto dei posti già attivi.

Al fine di garantire la continuità assistenziale in questo scenario in profonda evoluzione, le unità d'offerta accreditate sono chiamate a continuare l'erogazione delle prestazioni a contratto nell'ambito organizzativo definito dalla nuova Legge regionale, che attribuisce alle ATS le funzioni di negoziazione e acquisto delle prestazioni sociosanitarie dalle strutture accreditate in attuazione della programmazione definita dalla Regione.

La sottoscrizione del contratto, che avverrà con le neocostituite ATS, è soggetta alla programmazione regionale dell'offerta sociosanitaria. L'accreditamento dell'unità d'offerta costituisce una condizione, necessaria ma non sufficiente, per la sottoscrizione del contratto.

In considerazione degli indirizzi programmatori sopra esposti, nel 2016, gli erogatori già a contratto proseguono le attività in essere secondo le modalità più avanti definite. La possibilità di sottoscrivere nuovi contratti è limitata all'unità di offerta di Bassa intensità assistenziale per le dipendenze, con le modalità di cui alla D.G.R. n. 4086 del 25/9/2015, punto 4, alla conclusione del processo di accreditamento avviato nel 2015. Nelle more del completamento del processo di accreditamento e contrattualizzazione delle nuove unità d'offerta, si conferma che è garantita la continuità assistenziale limitatamente agli utenti già in carico alla data di approvazione della D.G.R. 4086/2015, ovvero il 25/09/2015, a condizione che il soggetto gestore dell'unità d'offerta interessata abbia presentato istanza di accreditamento entro il 31/12/2015.

E' ammessa altresì la messa a contratto di posti nel caso di eventuali nuovi accreditamenti per unità d'offerta sociosanitarie realizzate con l'erogazione di finanziamenti pubblici statali o regionali, finalizzati alla realizzazione dell'unità d'offerta stessa e per la riattivazione di posti a seguito della conclusione di piani programma in corso.

Preliminarmente al riconoscimento delle prestazioni, la ATS provvede alla verifica della sussistenza delle condizioni sopra indicate.

In allegato, viene riportato il testo tipo del contratto che le ATS sottoscrivono con i soggetti gestori di unità d'offerta sociosanitarie accreditate, con l'elenco della normativa generale e specifica per ogni tipologia di unità di offerta (Sub Allegato 10 - "*Schema di contratto per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra ATS e soggetto gestore di unità d'offerta sociosanitarie accreditate*").

DISCIPLINA DEL CONTRATTO UNICO

I soggetti gestori di più unità d'offerta nell'ambito della stessa ATS, nell'ottica della semplificazione amministrativa, possono sottoscrivere un unico contratto, con le seguenti precisazioni:

1. il contratto unico è una mera misura di semplificazione amministrativa, che non presuppone il riconoscimento di ente unico gestore di cui alla D.G.R. n. 2569/2014;

2. al contratto unico vengono allegate distinte schede di budget, tante quante sono le unità d'offerta gestite dal soggetto contraente.

3.1.2.2.2. BUDGET – IL MODELLO DI GOVERNO DELLE RISORSE IN AMBITO SOCIO SANITARIO

Nel 2016, il sistema delle regole di governo delle risorse, viene declinato nei seguenti ambiti:

- ambito del sistema dei servizi tradizionali a budget, ivi comprese le Cure intermedie ex riabilitazione e le nuove unità di offerta di Bassa intensità assistenziale per le dipendenze;
- ambito del servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).

Per il 2016, sono soggette a budget le seguenti unità d'offerta sociosanitarie:

- Residenze Sanitario Assistenziali per Anziani (RSA)
- Residenze Sanitario Assistenziali per Disabili (RSD)
- Centri Diurni Integrati per Anziani (CDI)
- Centri Diurni per Disabili (CDD)
- Comunità Socio Sanitarie per Disabili (CSS), attraverso voucher di lunga assistenza
- Hospice
- Strutture di Riabilitazione extra-ospedaliera
- Cure Intermedie (ex RIA residenziale adulti e post acuti)
- Servizi residenziali e semiresidenziali dell'area dipendenze
- Servizi multidisciplinari integrati (SMI) dell'area dipendenze
- Consultori familiari privati.

Per quanto riguarda l'ADI, si conferma il modello attuale basato sui voucher, con un accesso attraverso la valutazione multidimensionale del bisogno. Il rispetto del tetto delle risorse è perseguito assicurando l'appropriatezza dei voucher erogati a seguito della valutazione multidimensionale del bisogno per l'accesso alle prestazioni e attraverso il monitoraggio e controllo periodico della spesa attraverso il flusso FE.

REGOLE DI DEFINIZIONE DEL BUDGET PER IL 2016 PER LE UNITÀ DI OFFERTA A BUDGET

I budget regionali per le unità d'offerta sociosanitarie vengono assegnati alle ATS, rimodulati sulla base dei nuovi assetti territoriali, con successivo decreto della Direzione competente.

A ciascuna unità d'offerta sociosanitaria deve essere assegnato un budget annuo, calcolato applicando le tariffe medie e le saturazioni definitive riconosciute nel 2015, proprie di ciascuna struttura, ai posti a contratto nel 2016.

Per le unità d'offerta messe a contratto, in tutto o in parte, nel corso del 2015, il budget 2016 potrà essere definito rapportando ad anno intero le prestazioni riferite solo ad una parte del 2015 e valorizzando con riferimento alla tariffa media giornaliera e alla saturazione media per l'anno 2015 della ex-ASL di afferenza, con riguardo all'utenza tipica.

Per le unità d'offerta di Bassa intensità assistenziale per le dipendenze, accreditate con le modalità di cui alla D.G.R. n. 4086 del 25/9/2015, punto 4, che verranno messe a contratto nel corso del 2016, il budget 2016 viene assegnato calcolando al massimo una saturazione pari al 90%, rapportata al periodo temporale di validità del contratto, come per tutte le unità d'offerta di nuova contrattualizzazione

Il budget relativo a eventuali posti aggiuntivi di unità d'offerta già contrattualizzate è valorizzato a tariffa media giornaliera e a saturazione media della ex-ASL di afferenza, riferite alla medesima unità d'offerta per il 2015. Analogamente viene calcolato il budget per i posti accreditati e a contratto che possono essere

riattivati dalle unità d'offerta a seguito di completamento e chiusura del piano programma o a seguito di rinuncia alla prosecuzione di misure ex D.G.R. n. 116/2013 o della residenzialità per post acuti.

Con riguardo all'utenza non tipica (Stati Vegetativi, SLA, soggetti provenienti da ex ospedali psichiatrici e disabili a cui sono stati riconosciuti i benefici della D.G.R. n. 5000/2007) sarà remunerata extra-budget la differenza tra la tariffa di tale utenza e quella relativa all'utenza tipica dell'unità d'offerta con maggiore livello di fragilità (classe Sosia 1 e Sidi 1).

Le persone ricoverate in unità d'offerta sociosanitarie in condizione di Stato Vegetativo e che abbiano, nel corso della degenza, lievi miglioramenti del punteggio della Glasgow Coma Scale, comunque con valore non superiore a 13, mantengono le medesime condizioni di ricovero, continuando ad essere remunerate e rendicontate come stati vegetativi, con i medesimi standard assistenziali, modalità di verifica da parte delle ATS e senza oneri a carico dell'utente e dei familiari, a condizione che non siano intervenute forme di rimborso assicurativo relative all'evento che ha determinato la condizione di Stato Vegetativo.

Anche per il 2016 la remunerazione di prestazioni rese a favore di persone agli arresti domiciliari o affidati in prova in comunità terapeutiche è compresa, sia nel budget di ciascuna ATS, che in quello di ciascuna struttura accreditata e a contratto dell'area dipendenze.

Per i consultori familiari privati il budget massimo è determinato sul budget storico, in allineamento all'annualità precedente. Tale budget è comprensivo dell'importo derivante dall'incasso dei ticket vigenti nonché delle quote fisse aggiuntive previste dalla Legge n. 111 del 15 luglio 2011 e definite con provvedimenti regionali.

Per la riabilitazione il budget massimo è determinato sul budget storico, in allineamento alla annualità precedente e fermo restando il budget di ATS. Per la riabilitazione ambulatoriale tale budget è comprensivo dell'importo derivante dall'incasso dei ticket vigenti nonché delle quote fisse aggiuntive previste dalla Legge n. 111 del 15 luglio 2011 e definite con provvedimenti regionali.

I budget assegnati alle ATS e negoziati con gli enti gestori nel contratto si riferiscono alle prestazioni erogate dalle unità d'offerta ubicate sul territorio di competenza, a favore di tutti i cittadini lombardi e non solo alla quota relativa ai consumi dei propri residenti.

Al cittadino extracomunitario, privo di assistenza familiare e di regolare titolo di soggiorno, in condizioni di gravissima disabilità intesa come condizione di "dipendenza vitale" ai sensi delle D.G.R. 2655/2014 e D.G.R. 4249/2015, ricoverato presso un'unità d'offerta sociosanitaria, è garantito il riconoscimento della tariffa a carica del FSR nei limiti previsti dalle vigenti normative. I costi del ricovero sono a carico dell'ATS di residenza al momento del verificarsi dell'evento indice.

Per la remunerazione delle prestazioni con oneri a carico del Fondo Sanitario Regionale devono essere applicate le tariffe definite con i diversi provvedimenti regionali. Le tariffe regionali si applicano anche alle prestazioni erogate a favore di utenti non lombardi e con oneri a carico delle loro Regioni di residenza.

SPOSTAMENTO DI BUDGET

In ragione della costituzione delle ATS e della revisione degli assetti territoriali, nel corso del 2016 non è concesso spostare quote di budget tra ATS diverse, al fine di consentire alle nuove Agenzie di definire i bisogni del proprio territorio e le conseguenti valutazioni programmatorie.

Sono fatti salvi gli spostamenti di budget, con gli eventuali relativi posti a contratto, anche tra ATS diverse già autorizzati da Regione alla data di approvazione del presente provvedimento.

Rimane la possibilità di spostare quote di budget, anche con gli eventuali relativi posti a contratto, all'interno della stessa ATS, sempre per la stessa tipologia di unità d'offerta, al fine di permettere alle ATS un'azione rivolta a riequilibrare l'offerta territoriale.

A tal fine le ATS possono utilizzare, nell'ambito delle proprie competenze programmatorie, lo strumento degli accordi territoriali introdotto dalla D.G.R. n. 1185/2014 e già sperimentato in alcuni casi per riequilibrare l'offerta dei servizi sociosanitari.

Con la partecipazione degli enti gestori e previa comunicazione a Regione, le ATS possono quindi promuovere degli accordi tra gestori della stessa tipologia di unità d'offerta, purché ubicate sul territorio della stessa ATS, finalizzati al miglioramento della rete d'offerta, alla migliore copertura assistenziale di tutti i distretti socio sanitari, alla intercettazione di bisogni assistenziali dei vari ambiti territoriali. Tali accordi territoriali si concretizzano nello spostamento, da parte di strutture accreditate e a contratto, di volumi contrattualizzati e dei relativi budget a strutture solo accreditate e senza incremento del budget complessivo a livello di ATS.

REGOLE RELATIVE A GIORNATE DI ACCETTAZIONE E DI DIMISSIONE, SOSPENSIONI, RICOVERI E ASSENZE NEI SERVIZI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI

Per i servizi residenziali e semi-residenziali deve essere pagata solo la giornata di accettazione e non quella di dimissione. Analogamente, per i periodi di assenza, deve essere pagata solo la giornata di rientro e non quella di uscita. Non viene quindi remunerata la giornata di dimissione, neanche in caso di decesso in struttura. Se tuttavia il decesso o la dimissione per altra causa interviene nello stesso giorno dell'ammissione al servizio, la giornata è riconosciuta a carico del FSR.

Per quanto riguarda i ricoveri temporanei (compresi i c.d. ricoveri di sollievo) in unità d'offerta residenziali che, in applicazione alle vigenti norme, sono tenute ad assicurare le funzioni del medico di medicina generale (RSA e RSD), con la conseguente cancellazione dell'utente dal proprio medico di medicina generale, è possibile , considerata la temporaneità del ricovero, non procedere, nel limite massimo di 60 giorni annui per utente, a tale cancellazione, fermo restando l'obbligo, da parte dell'unità d'offerta, di assicurare a proprio carico la fornitura dei farmaci e degli ausili come previsto dalle delibere di riferimento .

Nei CDI si conferma la regola della remunerazione legata alla frequenza effettiva degli utenti. La tariffa giornaliera pro capite di euro 29,60, prevista per i CDI funzionanti per almeno 8 ore al giorno, è utilizzata per remunerare le prestazioni erogate ad utenti che frequentano i CDI a tempo pieno, mentre per gli utenti frequentanti il CDI part-time la tariffa giornaliera è confermata in euro 14,80.

Per quanto riguarda le assenze remunerate, si richiamano le disposizioni delle D.G.R. n. 1185/2013, n. 1953/2014 e n. 2989/2014.

IL CONTRATTO E LA SCHEDA DI BUDGET

I contratti sottoscritti dalle ex ASL con gli enti gestori per l'esercizio 2015 sono prorogati a tutto il 30/4/2016.

La titolarità degli stessi è ricondotta e posta in capo alle ATS di riferimento sulla base dell'ubicazione territoriale della unità d'offerta, definendo un budget provvisorio pari a quattro dodicesimi del budget sottoscritto nel corso dell'anno 2015. La scheda provvisoria di budget viene sottoscritta dall'ATS con i soggetti gestori entro il 15/01/2016.

Analogamente sono prorogati a tutto il 30/4/2016 i contratti sottoscritti dalle ex ASL con gli enti gestori di ADI per l'esercizio 2015, la cui titolarità è ricondotta e posta in capo alla ATS di riferimento sulla base dell'ambito territoriale per cui è contrattualizzata l'attività.

Non si consolidano sul 2016 le compensazioni tra budget relativi a diverse tipologie di unità di offerta effettuate a fine esercizio 2015.

Per eventuali unità d'offerta di nuova contrattualizzazione il budget provvisorio sarà determinato prendendo a riferimento la tariffa media della ex-ASL di afferenza per la medesima tipologia di unità d'offerta, con un livello di saturazione dei posti a contratto non superiore al 90%.

Entro il 30 aprile 2016, verranno sottoscritti tra ATS e soggetti gestori i nuovi contratti, secondo lo schema riportato più avanti, e negoziati i budget definitivi che devono valere per l'intero anno 2016. A tal fine le ATS e i soggetti gestori dovranno sottoscrivere la scheda di budget annuale. Il budget definitivo comprende quanto assegnato a titolo di budget provvisorio. Eventuali rimodulazioni di budget potranno avvenire, previa comunicazione alla Regione, entro il termine massimo del 30 novembre 2016, tenendo conto che:

1. i soggetti gestori possono segnalare le esigenze in termini di rimodulazione del budget alla ATS competente entro e non oltre il 31 ottobre;
2. possono essere effettuate compensazioni di budget anche afferenti a diverse tipologie di unità di offerta, nell'ambito delle assegnazioni complessive definite con decreto regionale;
3. non possono prevedere risorse aggiuntive;
4. eventuali spostamenti di budget tra unità di offerta, finalizzati alla rimodulazione, non sono storicizzabili, ma legati esclusivamente all'andamento contingente della produzione dell'anno. Tale indicazione deve essere esplicitamente riportata nella scheda di budget di nuova sottoscrizione.

3.2. REVISIONI TARIFFARIE

3.2.1. INTEGRAZIONE TARIFFARIA PER PRESIDI MONOSPECIALISTICI MATERNO INFANTILE CON CASISTICA COMPLESSA

I presidi ospedalieri che svolgono le loro attività in un ambito esclusivamente materno infantile trattano una casistica caratterizzata:

- da una bassa specificità della classificazione DRG;
- da una bassa prevedibilità di casistica in fase di programmazione annuale e pluriennale delle attività;
- da una bassa standardizzabilità dei processi di erogazione delle cure.

Ciò ha portato le regioni a stabilire che, per le attività erogate per pazienti in mobilità interregionale, alcuni istituti, individuati a livello nazionale, abbiano, al netto di altri eventuali incrementi tariffari, per alcuni DRG di alta specialità, un incremento del 15% dei rimborsi.

In Regione Lombardia operano esclusivamente in questi ambiti di attività alcuni presidi/stabilimenti ospedalieri che, sulla base dell'assetto accreditato oggi disponibile, sono: Presidio Ospedale dei Bambini di Brescia, FMMB di Monza, Presidi Buzzi e Macedonio Melloni di Milano e Presidio Del Ponte di Varese.

Sulla base di quanto premesso si stabilisce che per i dimessi dai predetti presidi a decorrere dal 1° gennaio 2016 siano applicati gli incrementi tariffari del 15% per i DRG contenuti nel Sub Allegato 11 "*DRG Pediatrici di alta specialità".*

All'interno di questo quadro, i predetti presidi/stabilimenti avranno come riferimento il valore contrattualizzato per il 2015 ma senza limiti di produzione se non quelli previsti dal livello di massimo di utilizzo appropriato e di saturazione della struttura stessa.

3.2.2. RIMODULAZIONI TARIFFARIE PER CHIRURGIA VERTEBRALE (RICOVERO) E POLISONNOGRAFIA/MONITORAGGIO CARDIO-RESPIRATORIO (AMBULATORIALE).

Chirurgia vertebrale maggiore

A seguito degli approfondimenti condotti con l'ausilio di professionisti clinici esperti nell'ambito della chirurgia vertebrale, al fine di riconoscere la complessità assistenziale (in termini operativi, di durata della degenza ecc.) delle tipologie di ricovero riportate di seguito, si definisce di introdurre una differenziazione tariffaria per i principali DRG di afferenza della casistica in questione, a decorrere dalle dimissioni 2016, come di seguito indicato:

1. artrodesi vertebrale strumentata con accesso posteriore, effettuata su più di 8 livelli vertebrali

DRG	MDC	Tipo	Descrizione	Tariffa ordinaria	Tariffa uno
497	08	C	Artrodesi vertebrale escl. quella cervicale con CC	12.431	5.782
497	08	C	Artrodesi vertebrale escl. quella cervicale con CC (con cod. di procedura 8105 + 8164)	24.800	5.782
498	08	C	Artrodesi vertebrale escl. quella cervicale senza CC	7.709	5.782
498	08	C	Artrodesi vertebrale escl. quella cervicale senza CC (con cod. di procedura 8105 + 8164)	15.400	5.782
546	08	C	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con deviazione colonna vert. o neopl. maligna	9.678	7.259
546	08	C	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con deviazione colonna vert. o neopl. maligna (con cod. di procedura 8105 + 8164)	19.300	7.529

2. chirurgia delle fratture mieliche cervicali e toraco-lombari

DRG	MDC	Tipo	Descrizione	Tariffa ordinaria	Tariffa uno

531	01	C	Interventi sul midollo spinale con CC	7.655	5.741
531	01	C	Interventi sul midollo spinale con CC (con cod. di diagnosi 806.00-806.5)	15.300	5.741
532	01	C	Interventi sul midollo spinale senza CC	8.413	6.310
532	01	C	Interventi sul midollo spinale senza CC (con cod. di diagnosi 806.00-806.5)	16.800	6.310

La suddetta differenza verrà riconosciuta esclusivamente alla strutture sanitarie di ricovero e cura che, in riferimento alla suddette tipologie di ricoveri, si distinguono sul territorio regionale per la quantità di interventi effettuati, valutati sulla produzione 2014:

Cod. 030906 - AO Spedali Civili Brescia

Cod. 030911 - AO Istituto Ortopedico Gaetano Pini

Cod. 030913 - AO Ospedale Niguarda Ca' Granda

Cod. 030946 - IRCCS Istituto Ortopedico Galeazzi

MONITORAGGIO CARDIO-RESPIRATORIO

L'esame strumentale fondamentale nella diagnostica dei disturbi respiratori sonno-correlati e nella valutazione di efficacia del trattamento ventilatorio è la *polisonnografia*.

La polisonnografia consiste nel monitoraggio continuo e simultaneo di vari parametri fisiologici durante un periodo di sonno comprendente la registrazione dei parametri necessari per la valutazione della struttura del sonno (EEG, elettro-oculogramma, elettromiogramma sottomentoniero) più eventuali altre variabili in funzione delle patologie da indagare, come ad esempio l'elettromiogramma dei muscoli periferici. Inoltre vengono registrati flusso al naso, flusso alla bocca, saturimetria, frequenza cardiaca, posizione corporea, movimenti del torace e dell'addome, russamento. Attualmente è possibile eseguire la polisonnografia sia in ospedale che a domicilio.

La polisonnografia è identificata sul nomenclatore tariffario dal codice di procedura 89.17.

Di recente il percorso diagnostico terapeutico dei pazienti con patologie sonno-correlate si avvale anche del "Monitoraggio Cardio-Respiratorio notturno completo (8 canali)" che prevede la valutazione di parametri principalmente respiratori e cardiologici *senza la contemporanea registrazione della struttura del sonno*. I parametri registrati sono flusso al naso, flusso alla bocca, saturimetria, frequenza cardiaca, posizione corporea, movimenti del torace e dell'addome, russamento; parametri addizionali possono essere ECG, PTT.

Non esiste attualmente un codice di procedura specifico per il monitoraggio cardio-respiratorio, per il quale si dispone quindi l'afferimento, in assimilazione, al medesimo codice della polisonnografia (cod. 89.17), che viene quindi modificato come riportato di seguito:

Branca	Nota	Codice	Descrizione	Tariffa in euro
NEUROLOGIA/ NEUROPSICHIATRIA INFANTILE/ PNEUMOLOGIA	M	89.17	POLISONNOGRAMMA/MONITORAGGIO CARDIO-RESPIRATORIO NOTTURNO COMPLETO (8 canali); Diurno o notturno e con metodi speciali	150

ENDOSCOPIA GASTROINTESTINALE

In ambito di miglioramento della appropriatezza prescrittiva ed erogativa per le prestazioni di Endoscopia Gastrointestinale, si definiscono le indicazioni riportate di seguito, le cui previsioni entrano in vigore per le prenotazioni effettuate a decorrere dal 1° marzo 2016.
Si valuta che circa il 65% delle prestazioni di Esofagogastroduodenoscopia, il 25% delle prestazioni di Colonscopia ed il 35% delle prestazioni di Sigmoidoscopia prevedono un prelievo bioptico. In numerosi casi il prelievo viene eseguito anche a fronte di una richiesta di prestazione senza prelievo bioptico in quanto il medico si trova di fronte ad un quadro per il quale, a suo giudizio, è necessaria una biopsia.
In queste situazioni si verifica un disagio per il cittadino che si vede costretto a far modificare la richiesta di esame e, se dovuta, ad effettuare un'integrazione della partecipazione alla spesa; vi è inoltre un aggravio della procedura amministrativa da parte degli erogatori.
Allo scopo di ovviare a questi inconvenienti si apportano al Nomenclatore Tariffario Regionale le modifiche sotto riportate.

Esofagogastroduodenoscopia
Si modifica la descrizione e la tariffa della prestazione:

Nota	Codice	Descrizione	Tariffa in Euro
	45.16	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA; Biopsia di una o più sedi di esofago, stomaco e duodeno	77,59

nel seguente modo:

Nota	Codice	Descrizione	Tariffa in Euro
M	45.16	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD]; Endoscopia dell'intestino tenue. Incluso eventuali biopsie di una o più sedi e/o eventuali brushing o washing per raccolta di campione Non associabile a: Biopsia [endoscopica] dell'esofago (42.24), dello stomaco (44.14), dell'intestino tenue (45.14)	73,37

Viene eliminata dal Nomenclatore Tariffario Regionale la prestazione:

Nota	Codice	Descrizione	Tariffa in Euro
	45.13	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD]; Endoscopia dell'intestino tenue; Escluso: Endoscopia con biopsia (45.14-45.16)	64,85

Vengono inoltre modificate le descrizioni delle prestazioni:

Nota	Codice	Descrizione	Tariffa in Euro
	42.24	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELL'ESOFAGO; Brushing o washing per raccolta di campione; Esofagoscopia con biopsia; Biopsia aspirativa dell'esofago; Escluso: Esofagogastroduodenoscopia [EGD] con biopsia (45.16)	50,14

	44.14	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELLO STOMACO; Brushing o washing per prelievo di campione; Escluso: Esofagogastroduodenoscopia [EGD] con biopsia (45.16)	55,94
	45.14	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELL'INTESTINO TENUE; Brushing o washing per prelievo di campione; Escluso: Esofagogastroduodenoscopia[EGD] con biopsia (45.16)	65,98

nel seguente modo:

Nota	Codice	Descrizione	Tariffa in Euro
M	42.24	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELL'ESOFAGO; Brushing o washing per raccolta di campione; Esofagoscopia con biopsia; Biopsia aspirativa dell'esofago. Non associabile a Esofagogastroduodenoscopia [EGD] (45.16), Biopsia [endoscopica] dello stomaco (44.14), Biopsia [endoscopica] dell'intestino tenue (45.14)	50,14
M	44.14	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELLO STOMACO; Brushing o washing per prelievo di campione; Non associabile a Esofagogastroduodenoscopia [EGD] (45.16), Biopsia [endoscopica] dell'esofago (42.24), Biopsia [endoscopica] dell'intestino tenue (45.14)	55,94
M	45.14	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELL'INTESTINO TENUE; Brushing o washing per prelievo di campione; Non associabile a Esofagogastroduodenoscopia [EGD], Biopsia [endoscopica] dell'esofago (42.24), Biopsia [endoscopica] dello stomaco (44.14),	65,98

Colonscopia

Si modifica la descrizione e la tariffa della prestazione:

Nota	Codice	Descrizione	Tariffa in Euro
	45.25	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELL'INTESTINO CRASSO; Biopsia di sedi intestinali aspecifiche; Brushing o washing per prelievo di campione; Colonscopia con biopsia; Escluso: Proctosigmoidoscopia con biopsia (48.24)	95,54

nel seguente modo:

Nota	Codice	Descrizione	Tariffa in Euro
M	45.25	COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Incluso eventuali biopsie di una o più sedi e/o eventuali brushing, washing per prelievo di campione. Non associabile a Retto-Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile (45.24). Escluso: Colonscopia transaddominale o attraverso stoma artificiale, Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23), Endoscopia transaddominale dell'intesti no crasso, Proctosigmoidoscopia (48.24)	77,31

Viene eliminata dal Nomenclatore Tariffario Regionale la prestazione:

Nota	Codice	Descrizione	Tariffa in Euro
	45.23	COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE; Escluso: Colonscopia transaddominale o attraverso stoma artificiale, Sigmoidoscopia ; con endoscopio flessibile (45.24), Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23); Endoscopia transaddominale dell'intestino crasso	70,94

Sigmoidoscopia

Si modificano la descrizione e la tariffa della prestazione:

Nota	Codice	Descrizione	Tariffa in Euro
	48.24	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DEL RETTO; Brushing o washing per raccolta di campione; Proctosigmoidoscopia con biopsia	45,40

nel seguente modo:

Nota	Codice	Descrizione	Tariffa in Euro
M	48.24	RETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE; Endoscopia del retto, colon discendente. Incluso eventuali biopsie di una o più sedi e/o brushing o washing per raccolta di campione. Non associabile a Colonscopia con endoscopio flessibile (45.25). Escluso: Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23)	43,37

Viene eliminata dal Nomenclatore Tariffario Regionale la prestazione:

Nota	Codice	Descrizione	Tariffa in Euro
	45.24	SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE; Endoscopia del colon discendente; Escluso: Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23)	42,67

3.3. INDIRIZZI PER I CONTROLLI NELLA FASE DI AVVIO DELL'AGENZIA DEI CONTROLLI

Le ATS esercitano le funzioni di vigilanza e controllo sulle unità d'offerta sociosanitarie previste dall'art.10 del d.lgs. 502/1992 e dalla normativa regionale vigente (le leggi regionali 12 marzo 2008, n. 3, Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario e 30 dicembre 2009, n. 33, Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità, così come modificata e integrata dalla legge regionale 11 agosto 2015, n. 23 oltre che dagli specifici provvedimenti attuativi della programmazione regionale.

Con l'istituzione della Agenzia di controllo del sistema sociosanitario lombardo, prevista dall'art. 11 della legge regionale 11 agosto 2015 n. 23, le strutture delle ATS preposte ai controlli dei soggetti erogatori sono, esclusivamente per l'esercizio di tale attività, funzionalmente collegate all'Agenzia, che ne coordina l'attività La funzione di vigilanza si svolge attraverso attività volte alla verifica del possesso e del mantenimento nel tempo dei requisiti generali e specifici, di esercizio e di accreditamento, che comprendono i requisiti soggettivi, organizzativi e gestionali, strutturali e tecnologici.

3.3.1. CONTROLLO DELLE PRESTAZIONI SANITARIE

Nelle more della piena operatività dell'Agenzia dei Controlli e dell'emanazione di indicazioni specifiche conseguenti alla definizione delle costituende ATS, viene confermata la necessità che per l'anno 2016 le direzioni strategiche delle ATS diano la massima priorità, in termini di programmazione e di risorse dedicate, all'attuazione delle disposizioni progressivamente introdotte dalla Giunta Regionale con le Regole di Sistema annuali, come raccolte e sistematizzate, fino all'anno 2011, con la D.G.R. n. IX/2734 del 22.12.2011 ("Testo unico delle regole di gestione del sistema sociosanitario regionale"), nonché come enunciate con le successive deliberazioni in riferimento agli anni di Esercizio 2012, 2013, 2014 e 2015: D.G.R. n. IX/2633 del 06.12.2011, n. IX/2946 del 25.01.2012, n. IX/3976 del 06.08.2012, n. IX/4334 del 26.10.2012, n. IX/4605 del 28.12.2012, n. IX/4716 del 23.01.2013, n. X/301 del 19.06.2013, n. X/1185 del 20.12.2013, n. X/2633 del 01.08.2014, D.G.R. n. X/2989 del 23.12.2014 e D.G.R. n. X/3993 del 04.08.2015.

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

Il Piano dei Controlli, previsto dalla D.G.R. n. VII/15324/2003, è il principale strumento di programmazione di cui le ATS dispongono per declinare nel concreto le linee di intervento a supporto della funzione di verifica, monitoraggio e controllo. Le ATS entro il 31 gennaio 2016 predisporranno ed invieranno alla DG Welfare, e all'Agenzia dei Controlli esclusivamente in formato elettronico, il Piano dei Controlli relativo all'Esercizio 2016.

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

Si ribadisce altresì l'obbligo di invio dell'elenco aggiornato dei componenti del NOC delle ATS, all'inizio dell'Esercizio 2016 (entro il 31 marzo 2016) e successivamente ad ogni eventuale modifica degli stessi componenti.

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

- la non obbligatorietà del preavviso della visita ispettiva a suo tempo definito in 48 ore "lavorative" dalla D.G.R. n. VII/8078 del 18.02.2002;
- il superamento di quanto previsto dalla D.G.R. n. VII/12692 del 10.04.2003 alla voce "calendarizzazione dei controlli", dando la priorità alla verifica delle attività erogate nel corso dell'Esercizio di cui non sono state ancora saldate le attività che si individua con il periodo che va dal 1° gennaio di un anno al 28 febbraio dell'anno seguente;
- la non sospensione del controllo a seguito di "interpello" alla Direzione Generale Salute, così come previsto dalla Circolare n. 37/SAN/2003 e con le modalità introdotte dal DDGS n. 4304 del 13.05.2011, privilegiando, nel caso di contestazione, l'interpretazione conservativa della modalità di codifica proposta dalla ATS;
- l'obbligatorietà dell'estensione del campione a tutta la casistica di riferimento, nel caso di rilevazione di errori ripetuti che superino la soglia statistica di significatività;
- l'attuazione, come previsto dalla l.r. n. 8/2007, della sovra-territorialità della funzione di controllo prevedendo la possibilità che le ATS verifichino le prestazioni a favore di propri residenti erogate da strutture ubicate presso altre ATS, superando la previsione del DDGS n. 1375/05 e della D.G.R. n. VIII/3776 del 13.12.2006 in tema di controlli tra ATS viciniori.

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

La Regione Lombardia, sulla base delle risorse disponibili, stabilisce i tetti di spesa annuali per le varie attività di assistenza ed attribuisce ad ogni ATS la quota di competenza, onde consentire ad esse di acquistare, controllare e pagare le prestazioni rientranti nel proprio ambito assistenziale. Le prestazioni sanitarie rese in regime di ricovero ed ambulatoriale, vengono acquistate dalle ATS sulla base di contratti (o convenzioni) di erogazione, per nome e per conto del Sistema Sanitario Regionale, stipulati con strutture accreditate, sia di diritto pubblico che privato. Le regole cui fanno riferimenti i suddetti contratti in tema di

tipo e di volumi di prestazioni, di remunerazione e di modalità di pagamento sono definite annualmente dalla stessa Regione Lombardia: viene così a determinarsi un servizio pubblico (di cui fanno parte Regione, ATS ed Erogatori pubblici e privati) non obbediente a criteri ordinari di mercato bensì a criteri universalistici di erogazione, tendenzialmente gratuita, di prestazioni assistenziali con remunerazione (a tariffa o a funzioni predefinite) a carico dell'erario. Il contratto (o convenzione) che l'ATS stipula con la struttura accreditata è dunque un contratto di diritto pubblico (concessione), i cui elementi costitutivi non determinano una relazione paritetica tra i soggetti: in quest'ambito l'Erogatore viene infatti qualificato dalla giurisprudenza quale concessionario di pubblico servizio.

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

In sintesi:

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

Di seguito si dettagliano i contenuti in tema di "Controlli".

INDICAZIONI OPERATIVE

In riferimento a specifiche richieste in merito, si ritiene doveroso chiarire che la previsione a suo tempo definita circa la non ammissibilità di controlli ripetuti sulla stessa pratica di ricovero o ambulatoriale (controllo doppio) aveva significato non perentorio, finalizzato esclusivamente all'obiettivo di promuovere un ordine ed un'esaustività dell'attività di controllo da ottenersi prioritariamente nel corso di un unico episodio ispettivo.

Ne risulta quindi che in casi particolari, in cui emergessero elementi nuovi e rilevanti che rendessero necessario verificare ipotesi di opportunismo nelle modalità di rendicontazione, risulta all'opposto doveroso riesaminare pratiche già controllate.

Controlli prestazioni di ricovero

Si conferma la necessità, per l'anno 2016, che almeno il 14% delle attività di ricovero siano soggette a controlli. Una quota fino a 7 punti percentuali (fino al 3% di qualità documentale e fino al 4% di congruenza ed appropriatezza generica) dei 14 sopra previsti potrà essere riferita ad attività di autocontrollo effettuate a cura dei soggetti erogatori secondo le modalità di selezione del campione e di successiva verifica dell'autocontrollo da parte delle ATS, stabilite dalle D.G.R. n. VIII/10077/09, n. IX/621/10 e n. X/1185/2013.

Per i restanti 7 punti percentuali si conferma la priorità da riservarsi, da parte delle ATS, alla selezione di tipo mirato della casistica per le conseguenti verifica di congruenza.

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

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

dai dimessi dal 1° gennaio 2016

ATS:
- campionamento casuale (numerosità = 3% produzione 2015) su gennaio-marzo 2016;
- invio ad Erogatori elenchi cartelle cliniche campionate.

Erogatore:
- invio esiti autocontrollo solo in ATS (no correzioni in Regione su campione) entro il 30 settembre 2016.

ATS:
- campionamento quota parte del 3% iniziale, per verifica di concordanza;
- in concordanza, no sanzionamento per errore;
- in discordanza, estensione a intero campione autocontrollo e sanzionamento per errore (se decurtazione economica ≥ 5%);
- invio esiti quota parte controllo ATS ed autocontrollo Erogatore in Regione entro 10.03.17.

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

dai dimessi dal 1° gennaio 2016

Erogatore:
- Piano di Controllo aziendale (invio in ATS entro 31 gennaio 2016);
- campionamento mirato o casuale o misto (numerosità = 4% produzione 2015) su gennaio-giugno 2016;
- invio mensile in ATS elenchi cartelle cliniche campionate;
- invio esiti autocontrollo solo in ATS (no correzioni in Regione su campione) entro il 30 settembre 2016.

ATS:
- segnalazione criticità Piano di Controllo aziendale (es. mancato rispetto quadro normativo regionale);
- campionamento quota parte del 4% iniziale, per verifica di concordanza;
- in concordanza, no sanzionamento per errore;
- in discordanza, estensione a intera produzione disponibile e sanzionamento per errore (se decurtazione economica ≥ 5%);
- invio esiti quota parte controllo ATS ed autocontrollo Erogatore in Regione entro 10.03.17.

Per quanto riguarda l'autocontrollo di congruenza, si ricorda che le strutture di ricovero provvederanno, entro il 31 gennaio dell'anno di Esercizio, ad inviare alla ATS di appartenenza un Piano di Controllo aziendale in cui siano esplicitati in maniera ragionata i criteri di campionamento e le modalità organizzative utilizzati.

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

Controlli prestazioni di specialistica ambulatoriale

Per le attività di specialistica ambulatoriale si ribadisce, per il 2016, una percentuale di controllo pari ad almeno il 3,5% delle pratiche, da effettuarsi, come di consueto, nei tempi e con le modalità previste dalle Regole di sistema, integralmente riconfermate con il presente atto.

Gruppo di Lavoro Accreditamento, Appropriatezza e Controllo

Con il DDG n. 4304 del 13.05.2011 è stato ridefinito il metodo di gestione e di riscontro dei quesiti che erano posti tramite lo strumento Interpello. È stato costituito un Gruppo di Lavoro permanente tra la DG Welfare (già DG Salute) ed i referenti delle ATS e dei soggetti erogatori pubblici e privati accreditati che affronta con cadenza mensile le questioni poste di maggiore rilevanza in tema di accreditamento, appropriatezza e controllo delle prestazioni di ricovero e cura e di specialistica ambulatoriale.

Le risposte ed i chiarimenti forniti nell'ambito del Gruppo di Lavoro e condivisi con il territorio nel corso dell'anno per tramite dei referenti incaricati, sono da considerarsi pareri vincolanti tramite i quali vengono chiariti i dubbi relativi all'interpretazione o all'applicazione di normative o disposizioni amministrative già vigenti, garantendo così una applicazione omogenea sul territorio regionale della funzione di controllo delle ATS.

Il Gruppo in oggetto lavorerà anche per l'Esercizio 2016 con le consuete modalità impiegate sin dalla sua istituzione (cfr. citato DDG n. 4304/2011, come rinnovato da DDG n. 491/13, DDG n. 7540/13, DDG n. 10953/13 e DDG n. 3064/15), così come richiamate dalla D.G.R. n. 1185/13 (Sub-Allegato B).

Controlli nell'ambito della sperimentazione CREG

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

Si dà mandato alla DG Welfare di uniformare i sistemi di controllo messi a punto nelle diverse ATS, che saranno formalizzati in uno specifico documento di indirizzo.

3.3.2. VERIFICA DELLA QUALITA' DELLE PRESTAZIONI DI LABORATORIO ANALISI

Il ddg Salute n. 3447/2011 "Prime determinazioni in merito alla D.G.R. n. IX/1355 del 25/02/2011 "Schema di accordo di collaborazione con la Regione Toscana in materia di implementazione della qualità dei servizi di medicina di laboratorio" istituisce il Centro di Riferimento Regionale per la Qualità dei Servizi di Medicina di Laboratorio presso l'Azienda Ospedaliera "Ospedale Maggiore di Crema" a cui affida "tutte le attività inerenti la gestione della Valutazione Esterna di Qualità, sia in attuazione dell'accordo con la Regione Toscana secondo le direttive della Cabina di Regia della Regione Lombardia e della Direzione Generale Sanità, sia attivando direttamente programmi di VEQ o altre iniziative utili alla verifica della qualità dei Servizi di Medicina di laboratorio, in attuazione di specifiche indicazioni della Direzione Generale Sanità".

Il succitato ddg stabilisce:

- "che i costi di attivazione del Centro (struttura, dotazione strumentale, software, dispositivi per stoccaggio, ecc.) e di gestione (personale, utenze, costi di spedizione materiali, ecc.) saranno sostenuti utilizzando le risorse di cui al punto 3 del dispositivo della su citata D.G.R. n. IX/1355/2011
- che la gestione delle risorse è affidata al Direttore del Centro di Riferimento che potrà avvalersi dei competenti uffici dell'Azienda Ospedaliera in cui insiste il Centro stesso ad esempio per l'espletamento di procedure di eventuali gare e per l'acquisizione di personale, riconoscendo all'Azienda stessa i costi derivanti.
- di provvedere al finanziamento del succitato Centro di Riferimento nell'ambito delle funzioni non tariffabili definite annualmente utilizzando la voce di cui al punto 3 del dispositivo della su citata D.G.R. n. IX/1355/2011, stanziate sul cap. 5474".

Il ddg Salute n. 5477/2014 "Prime determinazioni in merito alla D.G.R. n. X/1760 del 8 maggio 2014:rinnovo accordo di collaborazione con la Regione Toscana in materia di implementazione della qualità dei servizi di medicina di laboratorio" stabilisce

- di confermare "l'operatività del Centro di Riferimento Regionale per la Qualità dei Servizi di Medicina di Laboratorio, di cui al citato DDG Sanità n. 3447 del 15 aprile 2011" e che, "provvisoriamente, il Centro di Riferimento avrà sede presso l'A.O. Ospedale Maggiore di Crema, con riserva di diversa opzione in quanto all'afferenza, secondo valutazioni di opportunità di cui viene detto oltre…";
- "che la Direzione Generale Salute provveda a valutare quale sarà la migliore collocazione del Centro di Riferimento, individuando una ASL, o un'Azienda Ospedaliera o un IRCCS di diritto pubblico, in base alla collocazione logistica delle strutture che avranno dichiarato la propria disponibilità e agli spazi e ai servizi che saranno in grado di mettere a disposizione".

Il ddg Salute n. 2878/2015 "Determinazioni a seguito della manifestazione d'interesse rivolto a Aziende Ospedaliere, ASL, IRCCS di diritto pubblico: "Qualità nei servizi di medicina di laboratorio – CRR" stabilisce "di individuare presso l'A.O. Ospedale Niguarda Ca' Granda la sede del Centro di Riferimento Regionale per la Qualità dei Servizi di Medicina di Laboratorio che pertanto, nel rispetto della piena autonomia aziendale, preveda un adeguato riconoscimento nell'ambito organizzativo dell'A.O., alla luce della rilevanza e delle funzioni attribuite al Centro, procedendo inoltre all'assunzione dei conseguenti provvedimenti per l'attuazione del presente atto e assicurando da subito al Centro il necessario supporto tecnico-amministrativo per procedere al trasferimento della sede".

Al fine di dare continuità all'attività su citata, di interesse regionale, si conferma che la nuova ASST Grande Ospedale Metropolitano di Milano debba garantire fin dall'inizio del 2016 il supporto affinché siano assicurate tutte le attività del Centro per lo sviluppo dei programmi di Valutazione Esterna della Qualità.

3.3.3. PIANO ANNUALE DI VIGILANZA E CONTROLLO UNITÀ D'OFFERTA SOCIOSANITARIE

La funzione di controllo si svolge attraverso attività di verifica dell'appropriata erogazione delle prestazioni e della loro corretta rendicontazione, con riferimento all'assistenza diretta al singolo utente secondo le modalità previste dalla D.G.R. 8 maggio 2014, n. 1765 "Il sistema dei controlli in ambito socio sanitario: definizione degli indicatori di appropriatezza".

È compito delle ATS effettuare i controlli sul rispetto dell'adempimento degli obblighi contrattuali dei soggetti gestori.

Le funzioni di vigilanza e controllo si esercitano sui soggetti gestori e sulle unità d'offerta della rete sociosanitaria e in tutte le eventuali situazioni ove, per la tipologia di utenza e per i servizi offerti, si presuppone vengano svolte attività sociosanitarie in assenza di corretta abilitazione all'esercizio.

Il sistema dei controlli concorre a promuovere l'efficacia, l'efficienza, la qualità, l'appropriatezza e l'economicità delle prestazioni e dei servizi erogati ed è orientato a dare la certezza ai propri cittadini fragili e alle loro famiglie che una costante vigilanza ed un attento monitoraggio non solo sono essenziali per verificare che la qualità dei servizi sia conforme alle regole definite, ma sono anche utili per monitorare la relazione tra la domanda, nelle sue molteplici manifestazioni, e la rete delle unità d'offerta così come oggi è configurata.

La programmazione delle attività di vigilanza e controllo delle ATS è definita annualmente nel Piano di vigilanza e controllo, atto programmatico territoriale a rilevante valenza strategica, che costituisce lo strumento fondamentale a disposizione delle ATS per declinare in concreto le azioni che verranno perseguite, in corso d'anno, nei seguenti ambiti di intervento:

- vigilanza sulle unità d'offerta sociosanitarie e sociali pubbliche e private, indipendentemente dallo status erogativo (abilitate all'esercizio, accreditate, contrattualizzate);
- vigilanza sulle unità d'offerta sociosanitarie innovative, anche a carattere sperimentale, promosse dalla Regione;
- valutazione e monitoraggio sulla qualità delle prestazioni sociosanitarie erogate ai cittadini;
- controllo della correttezza dei flussi di rendicontazione delle prestazioni erogate;
- controllo dell'appropriatezza delle prestazioni erogate, attraverso l'esame della documentazione sociosanitaria, che comprende sia la verifica delle caratteristiche cliniche e psico-sociali del bisogno che determina l'accesso al sistema sociosanitario sia la coerenza tra i bisogni della persona e le prestazioni assicurate;
- verifica dell'efficiente ed efficace utilizzo delle risorse allocate e disponibili.

Gli indirizzi generali cui attenersi nella stesura dei Piani di vigilanza e controllo 2016 delle ATS sono individuati nei seguenti:

- centralità della persona: porre al centro dell'attività di vigilanza e controllo sulle unità di offerta della rete sociosanitaria il benessere degli utenti dei servizi e delle loro famiglie;

- qualità della rete degli erogatori: proseguire l'attività di vigilanza sulle unità d'offerta sociosanitarie al fine di garantire il pieno rispetto degli standard di esercizio e di accreditamento;
- appropriata erogazione delle prestazioni: proseguire l'attività di controllo sulle prestazioni e sui servizi erogati al fine di garantirne efficacia, efficienza e sicurezza come definito dalla D.G.R. n. 1765/14.

Fino a diversa indicazione, nelle more del passaggio delle funzioni all'Agenzia di controllo del servizio sociosanitario lombardo, la Direzione Generale Welfare mantiene funzioni di indirizzo e di coordinamento delle attività di vigilanza e controllo in ambito sociosanitario svolte dalle ATS.

Pertanto, si forniscono le seguenti indicazioni operative:

- il Piano di vigilanza e controllo deve essere trasmesso alla Direzione Generale Welfare, entro il 31 gennaio 2016 con specifico atto deliberativo del Direttore Generale ATS, così come disposto dalla D.G.R. n. 2569/14;
- entro il 31 marzo 2016, la Direzione Generale Welfare procede a verificare la coerenza del Piano di ciascuna ATS con le indicazioni fornite nel presente atto e a richiedere le eventuali modifiche e/o integrazioni;
- l'attività di vigilanza e controllo svolta dalle ATS in attuazione del Piano continua ad essere oggetto di rendicontazione alla Direzione Generale Welfare attraverso le schede di monitoraggio semestrale.

Parimenti, il Nucleo professionale con competenze in materia di controlli di vigilanza e di appropriatezza costituito con DDG n. 5114 del 16/06/2014 prosegue l'attività presso la Direzione Generale Welfare, con i seguenti compiti, che potranno essere perfezionati ed integrati nel corso dell'anno, anche alla luce dell'avvio delle attività della Agenzia di controllo del SSL:

- accompagnamento delle ATS nell'applicazione omogenea delle indicazioni regionali in materia di accreditamento, vigilanza e controllo;
- supporto per il monitoraggio delle attività di vigilanza e controllo svolto dalle ATS;
- supporto e revisione critica dei requisiti di accreditamento.

CONTENUTO DEI PIANI DI VIGILANZA E CONTROLLO 2016 DELLE ATS SULLE UNITÀ DI OFFERTA SOCIOSANITARIE E SOCIALI

<u>Descrizione del contesto territoriale, dell'attività svolta nell'anno 2015 e della struttura aziendale di vigilanza e controllo</u>

La prima parte dei Piani di vigilanza e controllo 2016 delle ATS deve focalizzarsi sull'analisi del contesto territoriale con riferimento alla rete delle unità di offerta sociosanitarie presenti alla data del 01 gennaio 2016 e sull'analisi dell'esito dell'attività di vigilanza e controllo esercitata nel 2015.

Con la separazione delle funzioni di programmazione, acquisto e controllo dalle funzioni di erogazione prevista con la legge 11 agosto 2015, n. 23 attraverso la costituzione delle ATS e delle ASST, è superata la necessità di vigilanza e controlli incrociati e ciascuna ATS ha competenza su tutte le unità d'offerta del proprio ambito territoriale.

Ai servizi vigilanza e controllo deve essere garantito l'accesso ai dati oggetto di rendicontazione da parte delle unità di offerta della rete sociosanitaria, al fine di poter elaborare indicatori utili al campionamento

delle strutture e dei fascicoli oggetto di vigilanza e controllo, nonché, più in generale, procedere alla creazione di reportistica di analisi idonea a supportare l'esercizio della loro attività.

Nella prima parte del Piano dovranno essere, inoltre, esplicitati:

1. la descrizione dell'articolazione organizzativa che l'ATS ha adottato a garanzia delle attività di vigilanza e controllo sulla rete sociosanitaria;

2. la dotazione di personale adibito alle funzioni di vigilanza e controllo (con l'elenco degli operatori, delle relative qualifiche e dei rapporti contrattuali in essere) e l'eventuale programma di acquisizione di nuovi operatori, anche attraverso l'utilizzo del contributo regionale per la vigilanza sulla rete ASSI;

3. le modalità con cui è previsto, nei piani di formazione aziendale, uno specifico percorso formativo a favore degli operatori preposti all'esercizio della vigilanza e del controllo sulle strutture sociosanitarie finalizzato allo sviluppo di una specifica competenza professionale che ricomprenda anche la gestione informatizzata delle attività di controllo;

4. la dotazione di strumenti informatici funzionali a supportare l'attività degli operatori dei servizi di vigilanza e controllo e l'eventuale previsione di ampliamento anche attraverso l'utilizzo del contributo regionale per la vigilanza sulla rete ASSI;

5. la puntuale rendicontazione economica relativa all'anno 2015 dell'utilizzo delle risorse attribuite alle ASL attraverso il contributo regionale per la vigilanza sulla rete ASSI;

<u>Pianificazione attività 2016</u>

La pianificazione per l'anno 2016 è volta a completare il programma biennale di verifica delle unità d'offerta sociosanitarie avviato nel 2015 e, pertanto, ne conserva i criteri generali di elaborazione, pur modificando alcuni aspetti applicativi in ottemperanza alle disposizioni delle legge regionale 11 agosto 2015, n. 23 e alle evidenze raccolte con il monitoraggio degli esiti della vigilanza nell'anno 2014.

<u>Attività di verifica dei requisiti connessa alla presentazione di SCIA e istanza di accreditamento</u>

Verifica dei requisiti soggettivi: in attuazione a quanto previsto dall'allegato 1 alla D.G.R. n. 2569/14 le ATS devono garantire le verifiche di legge delle autocertificazioni/dichiarazioni sostitutive prodotte in relazione alle SCIA e alle istanze di accreditamento, mediante richiesta alle pubbliche amministrazioni certificanti degli stati/fatti/qualità oggetto di autocertificazione secondo le modalità definite dal DPR 445/2000 s.m.i.
Verifica dei requisiti organizzativi e gestionali e requisiti strutturali e tecnologici: le ATS devono garantire le verifiche sul possesso dei requisiti di esercizio e di accreditamento nel 100% delle SCIA e delle istanze di accreditamento presentate. Le verifiche devono essere effettuate tramite analisi documentale e visita in loco ed esitare in una precisa e puntuale attestazione del possesso di ogni singolo requisito.

Ai fini dell'esercizio dell'attività di verifica del possesso dei requisiti si richiede che nel Piano sia data evidenza di una programmazione per quanto possibile integrata per i sopralluoghi atti alla verifica delle SCIA e delle istanze di accreditamento, da parte dei diversi competenti uffici della ATS (ad esempio servizi del dipartimento di igiene e prevenzione sanitaria).

A conclusione delle istanze di accreditamento, in caso di esito favorevole delle verifiche effettuate, le ATS provvedono all'adozione del provvedimento conclusivo di accreditamento, con contestuale richiesta alla Regione di inserimento nell'elenco delle unità d'offerta sociosanitarie accreditate.

Attività di vigilanza sul mantenimento dei requisiti strutturali e tecnologici

Al fine di completare il controllo biennale delle unità d'offerta della rete sociosanitaria, la programmazione per l'anno 2016 dovrà garantire le verifiche del mantenimento dei requisiti strutturali e tecnologici su almeno il 50% delle unità di offerta in esercizio presenti sui rispettivi territori delle ATS, individuate in modo da comprendere tutte le unità d'offerta non sottoposte a verifica dei requisiti strutturali e tecnologici nel 2015.

Devono, inoltre, essere programmati ulteriori controlli nelle unità d'offerta in cui siano state riscontrate criticità (con l'emissione di prescrizioni, diffide, sanzioni ecc.) nel corso dell'anno 2015.

Deve essere prevista la verifica, anche tramite visite ispettive, almeno ogni sei mesi nel 100% delle strutture interessate da Piani Programma, al fine di monitorare lo stato di avanzamento dei lavori ed il mantenimento degli standard di sicurezza.

Per le unità d'offerta con sedi di erogazione secondarie, devono essere verificate tutte le sedi secondarie delle unità d'offerta campionate.

Le visite di vigilanza sul mantenimento dei requisiti strutturali si effettuano senza preavviso.

Attività di vigilanza sul mantenimento dei requisiti soggettivi di esercizio e accreditamento

In attuazione a quanto previsto dall'allegato 1 alla D.G.R. n. 2569/14, le ATS devono effettuare le verifiche di legge delle autocertificazioni/dichiarazioni sostitutive di certificazione che i soggetti individuati dalla stessa D.G.R. sono tenuti a presentare entro il mese di gennaio di ciascun anno e, in caso di nuove nomine, entro un mese dalla nomina.

Attività di vigilanza sul mantenimento dei requisiti gestionali e organizzativi, generali e specifici, di esercizio e accreditamento

Al fine di completare il controllo biennale delle unità d'offerta della rete sociosanitaria, la programmazione per l'anno 2016 dovrà garantire le verifiche del mantenimento dei requisiti organizzativi e gestionali su almeno il 50% delle unità di offerta in esercizio presenti sui rispettivi territori delle ATS, individuate in modo da comprendere tutte le unità d'offerta non sottoposte a verifica dei requisiti gestionali e organizzativi nel 2015.

Devono, inoltre, essere programmati ulteriori controlli nelle unità d'offerta in cui siano state riscontrate criticità (con l'emissione di prescrizioni, diffide, sanzioni ecc.) nel corso dell'anno 2015.

Le visite di vigilanza sul mantenimento dei requisiti organizzativi e gestionali si effettuano senza preavviso.

Attività di controllo sull'appropriatezza delle prestazioni erogate

Per il controlli sull'appropriatezza delle prestazioni, sono confermati sia il sistema degli indicatori di appropriatezza assistenziale previsto dalla D.G.R. n. 1765/14, sia il relativo metodo di rilevazione costituito dalle check-list regionali di verifica.

Al fine di completare il controllo biennale delle unità d'offerta della rete sociosanitaria, la programmazione per l'anno 2016 dovrà garantire il controllo sull'appropriatezza delle prestazioni erogate su almeno il 50% delle unità di offerta in esercizio presenti sui rispettivi territori delle ATS, individuate in modo da comprendere tutte le unità d'offerta non sottoposte a controlli sull'appropriatezza nel 2015 e da assicurare la trasversalità rispetto a tutte le tipologie di unità d'offerta.

Devono, inoltre, essere programmati ulteriori controlli nelle unità d'offerta in cui siano state riscontrate criticità (con l'emissione di prescrizioni, diffide, sanzioni ecc.) nel corso dell'anno 2015.

Per le unità d'offerta individuate secondo i criteri di cui sopra, nel 2016 deve essere garantito il controllo di appropriatezza sulle seguenti percentuali di fascicoli:

- prestazioni erogate in regime residenziali e semiresidenziali: è soggetto a controlli almeno il 15% dei fascicoli, calcolato sul numero di utenti rendicontati nel 2015. Il campione dei fascicoli da sottoporre a controllo potrà riguardare utenti in carico nel 2015 e/o nel 2016:
  - al fine di garantire la verifica di un congruo numero di fascicoli per ciascuna unità d'offerta controllata, per le prestazioni erogate in regime residenziale e semiresidenziale da RSD, CDD e CSS, la percentuale è aumentata al 30% dei fascicoli, calcolato sul numero di utenti rendicontati nel 2015. Il campione dei fascicoli da sottoporre a controllo potrà riguardare utenti in carico nel 2015 e/o nel 2016;
  - al fine di garantire la verifica di un congruo numero di fascicoli per ciascuna unità d'offerta controllata, per le prestazioni erogate in regime residenziale e semiresidenziale dalle strutture di Cure Intermedie, la percentuale è ridotta al 10% dei fascicoli, calcolato sul numero di utenti rendicontati nel 2015. Il campione dei fascicoli da sottoporre a controllo potrà riguardare utenti in carico nel 2015 e/o nel 2016;

- prestazioni erogate in regime ambulatoriale e domiciliare: è soggetto a controlli il 5% dei fascicoli, calcolato sul numero di utenti rendicontati nel 2015. Il campione dei fascicoli da sottoporre a controllo potrà riguardare utenti in carico nel 2015 e/o nel 2016:
  - al fine di garantire la verifica di un numero omogeneo di fascicoli per ciascuna unità d'offerta controllata, per i Consultori Familiari, è soggetto a controlli il 5% dei fascicoli, calcolato sul numero di nuovi utenti che abbiano ricevuto prestazioni sociosanitarie ad alta integrazione nell'anno 2015. Il campione dei fascicoli da sottoporre a controllo riguarda nuovi utenti che abbiano ricevuto prestazioni sociosanitarie ad alta integrazione nel 2015 e/o nel 2016;
  - al fine di garantire la verifica di un numero omogeneo di fascicoli per ciascuna unità d'offerta controllata, per le prestazioni erogate in regime ambulatoriale e domiciliare dalla strutture di riabilitazione è soggetto a controlli il 3% dei fascicoli, calcolato sul numero di utenti rendicontati nel 2015. Il campione dei fascicoli da sottoporre a controllo potrà riguardare utenti in carico nel 2015 e/o nel 2016.

Per tutte le tipologie di unità d'offerta, fatti salvi i casi in cui il numero dei fascicoli oggetto di campionamento sia inferiore a 30 e i casi in cui vi siano motivate ragioni, la percentuale di fascicoli soggetti a controllo per ciascuna unità d'offerta non può di norma superare il 50% dei fascicoli, calcolato sul numero di utenti rendicontati nel 2015.

Il campionamento dei fascicoli è effettuato sia in modo casuale, che mirato, riportando nel Piano le rispettive proporzioni e gli indicatori prescelti per la definizione della casistica mirata.

I controlli dovranno essere eseguiti da personale assegnato ai servizi preposti all'attività di vigilanza e controllo.

Fatti salvi i casi in cui sia necessario, per motivate ragioni, l'esecuzione di visite senza preavviso, i controlli di appropriatezza sono effettuati con preavviso all'ente gestore nella giornata lavorativa antecedente la visita.

Il preavviso è finalizzato a permettere all'ente gestore di organizzare le presenze di personale in modo da minimizzare l'impatto dell'attività di controllo sull'erogazione dei servizi all'utenza e deve limitarsi a comunicare l'unità d'offerta oggetto di controllo, senza dare informazioni sui fascicoli campionati per il controllo.

Fatti salvi i casi in cui sia necessario per motivate ragioni l'esecuzione di verifiche presso la ATS, i controlli di appropriatezza sono effettuati con visita all'interno della unità d'offerta, al fine di verificare direttamente lo svolgimento delle attività e dell'assistenza agli utenti e per cogliere tutti gli elementi capaci di meglio orientare l'attività del controllo di appropriatezza contestualizzandolo all'interno dell'effettivo operare della struttura. Nel corso della visita all'interno degli spazi della struttura gli operatori della ATS possono procedere ad individuare altri utenti per il controllo di appropriatezza, facendosi consegnare dai responsabili presenti i relativi fascicoli.

In ogni caso, nel corso delle visite di controllo presso le unità d'offerta, le equipe di vigilanza possono chiedere di accedere anche a ulteriori fascicoli rispetto a quelli campionati.

Per quanto riguarda i controlli di appropriatezza delle prestazioni erogate in regime di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), occorre tenere presente la peculiarità del percorso per l'accesso a questa unità d'offerta così come definito dal paragrafo 6 dell'Allegato 3 alla D.G.R. n. 2569/14 in merito ai controlli in itinere ed ex post.

In caso di incoerenze emerse dall'analisi documentale, gli operatori dell'ATS possono decidere di approfondire, con la persona assistita o con i suoi familiari, l'appropriatezza delle modalità di valutazione dei bisogni e di erogazione delle prestazioni rispetto al progetto individuale e dal programma/piano assistenziale personalizzato predisposto dall'équipe della struttura.

I soggetti gestori possono attivare procedure di autocontrollo, al fine di monitorare i propri processi assistenziali e migliorare la qualità delle prestazioni. L'autocontrollo effettuato dai gestori non rientra nel computo delle percentuali di verifica in capo alle ATS.

<u>Attività di vigilanza e controllo sulle sperimentazioni di unità d'offerta innovative e le misure applicative della D.G.R. 116/2013</u>

I Piani di vigilanza e controllo devono prevedere anche le verifiche sulle sperimentazioni di unità d'offerta innovative, approvate dalla regione e il controllo sulle misure applicative della D.G.R. 116/2013.
Per le modalità e le percentuali di verifica si applicano le regole previste per le altre unità d'offerta.

I requisiti e gli standard sono quelli specifici definiti per la sperimentazione o la misura verificata.

<u>Attività di vigilanza sulla rete delle unità d'offerta sociali</u>

Le ATS mantengono le funzioni di vigilanza e controllo anche sulle unità d'offerta della rete sociale, secondo i principi e le regole stabiliti dalla L.R n. 3/2008 e in accordo con le indicazioni della competente Direzione generale Reddito di autonomia e inclusione sociale.
Le ATS dovranno garantire le verifiche sul 100% delle Comunicazioni Preventive di Esercizio pervenute.
Al fine di attuare il principio per il quale la periodicità dei controlli deve essere assicurata almeno ogni due anni, la programmazione 2016 dovrà garantire la verifica sulle restanti unità di offerta, non vigilate nel 2015, a carattere non temporaneo in esercizio presenti sui rispettivi territori, con particolare attenzione all'area minori e prima infanzia.

Tutte le attività di coordinamento, approvazione e verifica in capo alla Direzione Generale Welfare, saranno svolte in accordo con la Direzione Generale Reddito di Autonomia e Inclusione Sociale per le specifiche parti di competenza.

4. INDIRIZZI PER L'EROGAZIONE DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA (LEA)

4.1. AREA PREVENZIONE

Il 2016 è il primo anno di realizzazione della l.r. 23/15 e gli indirizzi contenuti sono finalizzati a garantire l'offerta ai cittadini delle prestazioni anche di prevenzione, traghettando il sistema attraverso la completa realizzazione dei nuovi soggetti socio- sanitari incaricati della loro programmazione e quelli deputati alla erogazione. La decisione di mantenere in questa prima fase in capo all'ATS tutta l'attività di prevenzione evidenzia la necessità di costruire nuovo modello organizzativo di offerta senza perdere i risultati fin qui raggiunti in termine di sanità pubblica.

L'attività di profilassi vaccinale rientrando tra i livelli essenziali di assistenza – LEA con connessi importanti obiettivi monitorati non solo dal livello nazionale ma anche dal livello comunitario ai fini della eliminazione/eradicazione di determinate patologie infettive, impone di procedere con cautela al fine di evitare ulteriori rischi di caduta delle coperture vaccinali. A tala fine saranno definite nel corso del 2016 le modalità di offerta vaccinale anche attraverso l'istituzione di commissioni e gruppi di lavoro ad hoc.

Nel corso del 2016 proseguono le azioni avviate con i Programmi definiti all'interno del Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018 (D.G.R. 3654/2015) la cui realizzazione si inserisce nel più ampio obiettivo del piano nazionale, e del patto per la salute.
A conclusione del percorso Ministero della Salute - Regioni ai sensi dell'Accordo REP. Atti 56/CSR del 25 marzo 2015 di approvazione del "Documento di valutazione del Piano Nazionale Prevenzione 2014-2018" e a correzione di meri errori redazionali, si integra e aggiorna il documento "APPROVAZIONE DEL PIANO REGIONALE DI PREVENZIONE 2015-2018, AI SENSI DELL'INTESA STATOREGIONI DEL 13 NOVEMBRE 2014", approvato con D.G.R. n. X/3654/2015 come indicato nel Sub Allegato 12 – "*Aggiornamento D.G.R. n. X/3654/2015*".

Le indicazioni che seguono fanno esplicito riferimento ai programmi del PRP.

Il raggiungimento/mantenimento dei risultati riguardanti le aree oggetto di verifica LEA, quali la sorveglianza prevenzione e controllo delle malattie infettive compresa la profilassi vaccinale; la prevenzione delle patologie croniche non trasmissibili attraverso programmi di comunità e programmi di screening, l'attività di tutela dei cittadini/lavoratori/consumatori, ed in particolare il controllo del 5% delle imprese attive per l'area della salute e sicurezza sul lavoro, sarà monitorata attraverso Sistema regionale di valutazione delle performances dell'area della Prevenzione Medico delle ASL ora ATS (Regole di Sistema 2014 e 2015 e obiettivi DDGG ASL - D.G.R. X/1185/2014 e D.G.R. X/3554/2015).

Tariffario prestazioni e interventi richiesti da terzi nel proprio interesse in materia di igiene, sanità pubblica, prevenzione e sicurezza, medicina legale e necroscopica
Fermo restando che con la costituzione delle nuove ATS e ASST si dovrà procedere all'aggiornamento del tariffario delle prestazioni erogate, per le quali si provvederà a fornire indirizzi specifici, in fase di prima attuazione, verificata la necessità di semplificare ed uniformare, a livello regionale, i costi delle singole prestazioni sanitarie, e contestualmente di attualizzarli, si dispone che:

- il costo della prestazione concernente la registrazione delle imprese alimentari ai sensi del Regolamento (CE) n. 852/2004 e delle modifiche che comportino l'aggiornamento dell'atto di registrazione venga fissato pari a 50,00 €. Non sarà dovuto il pagamento per cessazione di attività o per la variazione della ragione sociale o della sede legale;

- il costo del prestazione concernente il riconoscimento delle imprese alimentari ai sensi del Regolamento (CE) n. 852/2004 e loro variazioni venga fissato pari alla tariffa oraria ai sensi del D.Lvo 194/2008;
- le nuove ATS/ASST nel definire il proprio tariffario mantengano il riferimento alla D.G.R. 7/16171/2004, utilizzando, per le voci non modificate/aggiornate dalle evoluzioni normative e di settore intercorse, i costi indicati nella D.G.R. stessa applicando esclusivamente l'indice ISTAT relativo all'incremento del costo della vita – periodo gennaio 2008 – gennaio 2015.

PROMOZIONE DELLA SALUTE E SCREENING

a) Promozione di stili di vita e ambienti favorevoli alla salute per la prevenzione delle cronicità.

La messa a sistema dell'integrazione tra ambito sanitario e socio-sanitario nelle attività di promozione della salute e prevenzione alla luce dei criteri evolutivi della l 23/15, e del relativo percorso di attuazione, rappresenta il processo prioritario di riferimento per l'anno 2016.

In tal senso, al fine di garantire continuità operativa alle attività in essere finalizzate al raggiungimento dei livelli essenziali di assistenza riferiti a promozione di stili di vita e ambienti favorevoli alla salute per la prevenzione delle cronicità nei contesti di comunità (con riferimento in particolare alle seguenti tematiche: alimentazione, attività fisica, allattamento materno, genitorialità, affettività, prevenzione infezioni a trasmissione sessuale tabagismo, alcol, dipendenze), sono mantenuti, nelle more della definizione di assetti organizzativi pienamente coerenti alle indicazioni della legge 23/2015, all'interno delle ATS le funzioni di programmazione, coordinamento e attuazione degli interventi.

Sarà dunque necessario che ciascuna ATS metta in atto tutte le forme atte a garantire modelli gestionali e operativi a valenza integrata tra le diverse aree coinvolte.

Coerentemente con quanto sopra delineato e al fine di sostenere il processo di integrazione delle attività orientandole verso i nuovi modelli, sono confermate a favore della ATS di Milano e delle altre ATS le risorse finanziarie assegnate alle ex ASL (per il consolidamento della rete regionale prevenzione dipendenze) nel corso degli esercizi 2014 e confermato 2015 nell'ambito degli "altri costi ASSI" (Decreto n. 3697/2013, Nota G.1.2014.0002339, D.G.R. 2989/2014), che nel budget 2016 saranno assegnate nelle misure e per le finalità così definite:

- coordinamento tecnico Tavolo di Coordinamento regionale dei Piani Integrati Locali di Promozione della Salute – PIL e supporto a sviluppo reti locali di prevenzione e promozione della salute: euro 85.000 ATS Milano
- attività previste dai Piani Integrati Locali di Promozione della Salute 2016 che, oltre al perseguimento degli obiettivi del Programma n.7, siano finalizzate allo sviluppo degli obiettivi dei programmi n.1, 2, n.3, n. 4 del Piano Regionale della Prevenzione 2015 -2018 (D.G.R. 3654/2015):
- euro 60.000 ATS Bergamo
- euro 60.000 ATS Brescia
- euro 60.000 ATS Brianza
- euro 60.000 ATS Insubria
- euro 40.000 ATS Montagna
- euro 60.000 ATS Padana
- euro 40.000 ATS Pavia
- euro 140.000 ATS Milano

Il processo di riassetto delle attività, territoriale e di contenuto, sarà inoltre sostenuto dalle attività formative regionali che saranno individuate nel Piano Regionale di Formazione 2016 nonché in altri percorsi dedicati.

Il Piano Integrato Locale di Promozione della Salute (PIL) mantiene il ruolo di strumento di programmazione degli interventi, che le ATS predispongono annualmente, in un'ottica di integrazione istituzionale, gestionale ed operativo - funzionale interna. Ad esso devono quindi essere fatti confluire anche i Piani locali di prevenzione dipendenze (D.G.R. 1999/2011) integrati con i "Piani per la

sensibilizzazione, informazione, prevenzione e formazione in tema di Gioco d'azzardo patologico" (l.r. 8/2013 e D.G.R. 856/2016).
Per quanto attiene il Tavolo Tecnico Regionale degli Osservatori Territoriali Dipendenze (TTRO), al fine di attualizzarne le attività alla luce del mutato contesto organizzativo e di indirizzo di cui alla legge 23/2015 , verranno fornite indicazioni in merito nel corso del 2016. Nelle more di tali indicazioni il TTRO garantirà la continuità alle attività di sistema in essere attivando contestualmente l'azione di supporto alla pianificazione integrata locale degli interventi di prevenzione.
Il PIL è predisposto secondo criteri di appropriatezza sia sul piano organizzativo (già citata integrazione) che di contenuto (*effectiveness* e sostenibilità degli interventi, intersettorialità, *accountability*).
Nel corso del 2016 verranno date indicazioni per omogeneizzare l'attività programmatoria con elementi di aggiornamento degli attuali indirizzi in essere (Circolare 21/San/2008 "Linee di indirizzo per l'aggiornamento dei Piani integrati locali degli interventi di promozione della salute - annualità 2009 e indicazioni per la rilevazione dell'attività svolta nel 2008", "Indirizzi alle ASL per la pianificazione integrata degli interventi di promozione della salute - Novembre 2009"), anche sulla base di quanto emerso dal percorso formativo Éupolis – SDS 2015 "I programmi di promozione di stili di vita e ambienti favorevoli alla salute nel piano regionale della prevenzione 2015 – 2018: primo laboratorio teorico pratico di pianificazione locale integrata".
Il Piano Integrato Locale di Promozione della Salute deve essere trasmesso alla Direzione Generale Welfare, entro il 29 febbraio 2016, con specifico atto deliberativo del Direttore Generale ATS. Entro il 31 marzo 2016, la Direzione Generale Welfare procede a verificare la coerenza del Piano di ciascuna ATS con le indicazioni fornite nel presente atto, e successive, e a richiedere le eventuali modifiche e/o integrazioni. Entro il 28 febbraio 2017 le ATS predispongono il Report di comunicazione agli stakeholder del territorio relativo alle attività realizzate nel 2016.

Gli obiettivi di sistema per l'anno 2016 sono rappresentati dalla realizzazione di quanto previsto dal Piano Regionale della Prevenzione 2015 -2018 (D.G.R. 3654/2015),
- nei Programmi:
  - "Reti per la promozione della salute negli ambienti di lavoro"
  - "Scuole che promuovono salute – Rete SPS/SHE Lombardia"
  - "Promozione della salute del bambino e della mamma nel percorso nascita"
  - "Promozione stili di vita favorevoli alla salute nelle comunità"
  - "Prevenzione della cronicità"
  - "Rete Regionale per la Prevenzione delle Dipendenze"
- nelle attività:
  - di accountability con riferimento all'avvio (preceduto da fase sperimentale) dell'utilizzo da parte di tutte le ATS del sistema informativo sovra regionale "Banca dati di progetti e interventi di Prevenzione e Promozione della Salute (Pro.Sa.) - DoRS" (D.G.R. 3018/2015), quale strumento di rendicontazione annuale delle attività, nonché di selezione di Buone Pratiche;
  - di prevenzione delle diseguaglianze di salute con riferimento al Progetto interregionale "EQUITY AUDIT NEI PIANI REGIONALI DI PREVENZIONE IN ITALIA" (D.G.R. 3693/2015).

b) Screening

Per l'anno 2016, in coerenza con il programma 5 del Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018 si prevede di sostenere la crescita della popolazione coinvolta nei programmi di screening (obiettivo LEA) mammografico e del colon retto e attivare lo screening della cervice uterina mediante test HPV DNA per le donne 30-64 anni.
Il miglioramento qualitativo dei percorsi di screening avverrà continuando l'analisi sui cancri di intervallo e sui cancri screen detected in stadio avanzato, e il continuo presidio della qualità dei flussi informativi.
In merito ai processi di valutazione si attiverà per gli screening l'utilizzo del sistema di valutazione delle attività di prevenzione (performances). Per quel che riguarda il ruolo di stewardship regionale verrà attivato un ciclo di audit con la metodologia precede proceed, ciò anche per favorire la continuità operativa nell'ambito del processo di riassetto territoriale delle attività.

Ulteriori obiettivi specifici per il 2016 sono l'aggiornamento delle linee guida del colon retto, la definizione del ruolo degli screening organizzati nei percorsi per le donne ad alto rischio di tumore mammario, e la definizione di protocolli di intesa con associazioni di rappresentanza di pazienti o della società civile.

MALATTIE INFETTIVE E VACCINAZIONI

Per l'anno 2016, in coerenza con il programma 8 del Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018 si prevede di mantenere e rafforzare la sorveglianza epidemiologica e le coperture vaccinali (obiettivo LEA).
In particolare saranno rivisti gli indirizzi in ambito MTS e zoonosi emergenti come WND. Saranno sostenute le azioni atte a vaccinare i soggetti selezionati sulla base di status/patologie, in particolare quelli definiti come "ad alto rischio" e a rendere omogenea ed efficace la comunicazione in ambito vaccinale.
Nelle more degli indirizzi tecnici che dovranno essere emanati per l'implementazione del nuovo "PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE VACCINALE 2016 - 2018", in particolare tempistiche e obiettivi di copertura, si procederà a definire le modalità di introduzione della nuova offerta grazie all'utilizzo quadro concettuale definito dal modello EtD D.G.R., secondo quanto indicato con D.G.R. n. X/2989 del 23/12/2014 (modello decisionale vaccini).

SICUREZZA ALIMENTARE PER LA TUTELA DEL CONSUMATORE

In tema di SICUREZZA ALIMENTARE si fa riferimento anche alle azioni previste nel Programma 13 del PRP per quanto attiene gli alimenti non di origine animale.
Le ATS provvederanno alla programmazione della attività in modo da garantire:

- Il raggiungimento/mantenimento dei volumi e della qualità delle attività previste dal sistema delle performances, con garanzia di adeguata rendicontazione in Impres@, secondo le indicazioni già fornite e che eventualmente potranno essere precisate in ragione delle innovazioni introdotte nel SSR.
- La partecipazione al processo di Audit sulle Autorità Competenti Locali in materia di alimenti non di origine animale (SIAN) ai sensi del Reg CE 882/2004, in coerenza con il decreto dirigenziale 11493 del 17/12/2015.
- L'effettuazione di audit interni come previsto da Accordo Stato – Regioni 07/02/2013 con rendicontazione alla UO Prevenzione secondo il format che verrà fornito. Con l'occasione si procederà anche all'aggiornamento in funzione delle innovazioni introdotte con la l.r. 23/2015 delle istruzioni / procedure operative per il controllo ufficiale ai sensi del Reg. (CE) 882/2004.
- Il Programma integrato controlli dovrà essere inviato alla UO Prevenzione entro il 28/02/2016 e dovrà essere predisposto tenendo conto dei seguenti documenti regionali:
    - Indirizzi regionali per il controllo ufficiale degli alimenti non di origine animale, dei materiali destinati al contatto con gli alimenti e delle acque destinate al consumo umano;
    - Piano dei residui di fitosanitari in alimenti;
    - Piano di controllo degli OGM in alimenti;
    - Piano di controllo degli alimenti irradiati;
    - Piano di controllo degli additivi tal quali e in alimenti;
    - altri eventuali documenti di indirizzo

La rendicontazione dei controlli effettuati nel 2015 dovrà essere inserita in Impres@ entro il 28/02/2016 e, limitatamente ai controlli analitici, nei database nazionali (NSIS VIG, NSIS Pesticidi, Cruscotto CROGM) secondo le frequenze e le modalità stabilite dal Ministero della Salute.
FORMAZIONE - mantenimento della formazione degli operatori del controllo ufficiale secondo quanto previsto dall'Accordo Stato – Regioni 07/02/2013, con rendicontazione alla UO Prevenzione secondo il format che verrà fornito. Effettuazione di formazione a cascata all'interno dell'ATS in caso di partecipazione a corsi organizzati da Ministero e Regione. La partecipazione a corsi CE – BTSF dovrà avvenire in raccordo con la UO Prevenzione, garantendo altresì la partecipazione alla realizzazione di eventi formativi a livello regionale.

LABORATORI DI PREVENZIONE

Ogni ATS ove presente più di un laboratorio, dovrà riorganizzare l'attività al fine di evitare sovrapposizioni analitiche. Si dovrà procedere alla riorganizzazione dei sistemi informativi aziendali in modo da garantire la completa rendicontazione nei database ministeriali (NSIS VIG, NSIS Pesticidi, Cruscotto CROGM) e l'adeguato supporto ai SIAN per la rendicontazione in Impres@. Il tariffario regionale aggiorna e uniforma sul territorio le prestazioni e i relativi costi.

AMBIENTI DI VITA E DI LAVORO

Le linee programmatiche dell'area di tutela dei lavoratori trovano specifico riferimento nel vigente Piano regionale 2014-2018 per la tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro (D.g.r. 20 dicembre 2013 - n. X/1104) e nel P.9 PROGRAMMA: "TUTELA DELLA SALUTE E SICUREZZA DEL LAVORATORE" del Piano Regionale di Prevenzione (PRP) 2015-2018 (D.g.r. 5 maggio 2015 – n. X/3654). Le ATS sono chiamate a contribuire, per quanto nelle competenze loro attribuite ed attraverso una programmazione degli interventi orientata dalla conoscenza approfondita della realtà territoriale soggetta a controllo - ovvero da un'attenta analisi del contesto, in termini epidemiologici, organizzativi e socio-economici - al raggiungimento degli obiettivi specifici regionali, con particolare attenzione all'emersione delle malattie professionali cui è associato un indicatore sentinella. L'incremento dei casi registrati nel Sistema Informativo della Prevenzione – Person@ - Ma.P.I. – sarà esito delle azioni di stimolo (incontri, comunicazioni, seminari, ecc.) all'invio delle segnalazioni e denunce, realizzate nei confronti dei medici ospedalieri, medici di medicina generale e medici competenti, dalle ATS e dalle ASST sede di UOOML. A supporto, la DG Welfare interverrà con il rilascio di funzionalità telematiche che consentiranno la trasmissione degli elementi essenziali della segnalazione di malattia professionale dai sanitari, direttamente ed in ragione della natura della malattia, al Centro Operativo Regionale (COR) presso la Clinica del Lavoro di Milano – Ospedale Maggiore Policlinico – Università degli Studi di Milano Dipartimento di Medicina del Lavoro, alle ATS e alle ASST sedi di UOOML per l'espletamento delle indagini.

L'utilizzo del servizio telematico da parte dei sanitari pubblici e privati dell'intera rete lombarda per l'invio dei casi di mesoteliomi, tumori naso-sinusali e tumori del polmone e della vescica costituisce opportunità di innalzamento dell'efficienza operativa del COR e contribuisce, altresì, al raggiungimento dell'obiettivo specifico regionale del P.12 PROGRAMMA: "PREVENZIONE E CONTROLLO RISCHIO AMIANTO". A conclusione del progetto CCM "Sperimentazione e validazione di un protocollo di sorveglianza sanitaria dei lavoratori ex esposti ad amianto, ai sensi dell'art. 258 D.LGS 81/08" (D.G.R. X/2638/2014), si prevede l'aggiornamento del protocollo sorveglianza sanitaria ex esposti amianto, da realizzarsi attraverso i contributi delle ATS e delle ASST in seno al Laboratorio di Approfondimento "Tumori professionali".

In coerenza con l'obiettivo centrale del PNP che prevede di *coinvolgere l'Istituzione scolastica nello sviluppo di competenze in materia di salute e sicurezza sul lavoro (SSL) nei curricola scolastici* – pure declinato nel P.9 del PRP - le ATS assistono le scuole del loro territorio, in stretta collaborazione con gli Uffici Scolastici Territoriali e INAIL ed in sinergia con il partenariato economico-sociale all'interno dei Comitati Provinciali di Coordinamento art. 7 DLgs 81/08, nonché aderendo agli indirizzi che la DG Welfare ha emanato ed emanerà in materia, valorizzandone il ruolo di leadership educativa utile a sviluppare negli studenti competenze, ovvero conoscenze ed abilità, in SSL.

Resta fermo per le ATS l'obiettivo di controllare il 5% delle imprese attive presenti sul territorio, ai fini del soddisfacimento dell'indicatore LEA. L'entità e la *qualità* dei controlli - con ciò intendendo se ispezione, audit/assistenza, … - sarà monitorata, in una logica di confronto costante tra la DG Welfare e le ATS, attraverso il Sistema Informativo della Prevenzione I.M.Pre.S@, peraltro, interrogando il Data Ware House dei provvedimenti (c.d. banca dati delle prescrizioni), in coerenza con gli atti di indirizzo del Comitato di Coordinamento art. 5 DLgs 81/08 presso il Ministero della Salute.

Il P.10 PROGRAMMA: "INTEGRAZIONE SALUTE E AMBIENTE" e il P.11 PROGRAMMA: "PIANO DEI CONTROLLI SULLE SOSTANZE CHIMICHE" del già citato PRP 2015-2018 sono riferimento per l'attuazione degli interventi di tutela negli ambienti di vita. Segnatamente, secondo gli indirizzi che la DG Welfare ha emanato ed emanerà, le ATS sono chiamate a:

- ✓ svolgere azione di promozione ed assistenza ai Comuni dei loro territori per l'adozione delle misure di prevenzione del rischio gas radon in ambienti indoor, in coerenza con le linee di indirizzo di cui al decreto Direttore Generale Sanità del 21 dicembre 2011, n. 12678;
- ✓ realizzare gli interventi previsti dal Piano Nazionale delle attività di controllo sulle sostanze chimiche.

Inoltre, poiché una tempestiva identificazione di problematiche emergenti che possono derivare dall'immissione in commercio di nuovi prodotti è parte importante di una corretta azione di controllo - come previsto dal decreto Direttore Generale Sanità del 7 giugno 2012, n. 5028 del "Linee guida per la gestione delle segnalazioni di non conformità ai Regolamenti Reach e Clp" - e può altresì costituire elemento di supporto ad eventuali proposte nazionali di modifiche o integrazione all'attuale assetto normativo europeo per la materia, la DG Welfare definirà di concerto con le ASST sede di Centro Antiveleni (CAV), se del caso perfezionando gli attuali flussi informativi, il contenuto di report consuntivi al Ministero della Salute anticipando le previsioni del PRP (P.9.11.2).

4.2. AREA VETERINARIA

In questa fase di riorganizzazione del Sistema Sanitario Regionale le regole del 2016 rappresentano un ulteriore passo di un percorso teso a migliorare l'efficienza del sistema dei controlli a garanzia dei consumatori, assicurando nel contempo le garanzie sanitarie richieste dai Paesi che importano i nostri prodotti alimentari, riducendo gli oneri burocratici e i costi amministrativi a carico sia della pubblica amministrazione, sia degli operatori economici delle imprese della filiera agroalimentare.

Con il programma integrato dei controlli, delle Autorità Competenti (autorità sanitarie, forze di polizia, ecc.) i Dipartimenti di prevenzione veterinari, nell'assicurare la capillare presenza sul territorio avranno modo di interagire, di condividere programmi e strategie di intervento evitando duplicazioni e sovrapposizioni nello svolgimento della loro attività.

A questo scopo nel corso del 2016 saranno promosse e sviluppate le azioni attivate nel corso del 2015 in materia di semplificazione, dematerializzazione e autocertificazione dei requisiti sanitari al fine di sgravare molte imprese del settore da adempimenti burocratici con la possibilità di dedicare energie e risorse ai processi produttivi.

Gli obiettivi di salute, benessere animale e sicurezza alimentare saranno raggiunti migliorando l'efficienza, l'efficacia e l'appropriatezza dei controlli, prevedendo un costante aggiornamento della formazione di tutto il personale addetto all'attività di controllo in conformità al manuale operativo delle autorità competenti locale e perseguendo al contempo l'adeguatezza dei controlli che hanno ricaduta nell'ambito della condizionalità per assicurare la corretta erogazione degli aiuti comunitari per le aziende zootecniche beneficiarie.

Attraverso l'individuazione e la costruzione di adeguati indicatori di processo si quantificheranno, sulla base di elementi oggettivi, le risorse necessarie alle attività di controllo allo scopo di standardizzare e rendere trasparenti le modalità di programmazione dei DPV.

ATTUAZIONE DEL PIANO REGIONALE INTEGRATO DELLA SANITÀ PUBBLICA VETERINARIA

1) Azione:

Predisposizione e attuazione di un programma annuale aziendale integrato delle attività dei Dipartimenti di Prevenzione Veterinaria secondo quanto codificato dal Piano Regionale Integrato della Prevenzione Veterinaria, caratterizzato dalla programmazione ed attuazione del controllo ufficiale sulla base della categorizzazione del rischio che garantisca il corretto utilizzo delle risorse di competenza nel rispetto dei principi di efficienza e di efficacia.

Modalità operative:

Ciascun dipartimento elabora il Piano Integrato Aziendale della Prevenzione Veterinaria entro il 28/02/2016 :

- Ponderando la pressione dei controlli in rapporto al livello di rischio stabilito e secondo le procedure codificate nel documento "Standard di funzionamento delle Aziende Sanitarie Locali";
- Prevedendo ove possibile che i controlli sulle stessa unità produttiva vengano svolti in modo congiunto.
- Assolvendo e rendicontando i debiti informativi necessari per il governo delle attività di controllo tramite il Sistema Informativo Veterinario Integrato (SIVI) e i Sistemi di rendicontazione in atto.
- Raccogliendo i dati per la costruzione degli indicatori di processo secondo le indicazioni e i tempi definiti dall'UO veterinaria in accordo ai riscontri del Gruppo di lavoro con rappresentanti dei DPV.

2) Azione:

Predisposizione di un piano di verifiche interne per la valutazione dell'efficacia e dell'appropriatezza dell'attività di controllo e del raggiungimento degli obiettivi. Tale attività deve coinvolgere tutte le strutture organizzative a livello dipartimentale e distrettuale ed eventualmente prevedere anche il coinvolgimento delle ATS contigue. Il piano sarà sottoposto a valutazione da parte dell'UO regionale e da un benchmarking finale tra tutti i Dipartimenti.

Modalità operative:

- Programma di audit interni al DPV da approvare entro il 28/02/2016 e da attuare entro il 31/12/2016, comprensivo dei seguenti elementi:
  - azioni da adottare in caso di rilievo di non conformità;
  - coinvolgimento delle strutture complesse Dipartimentali / Distrettuali
  - interventi, ove possibile, effettuati in collaborazione con altri DPV;
  - aree di criticità, azioni correttive, azioni di miglioramento .

- Valutazione del Piano Aziendale e della sua attuazione da parte dell'UO Veterinaria alla luce dei criteri codificati nel Manuale degli "Standard di funzionamento delle Aziende Sanitarie Locali".

3) Azione:

Attuazione del programma dei controlli integrati/coordinati con altre autorità competenti, conformemente a quanto previsto dal Piano Regionale Integrato e del piano di controllo integrato in materia di condizionalità sulle aziende zootecniche beneficiarie di aiuti comunitari.

Modalità operative

Per quanto di competenza:

- Attuare l'attività secondo le procedure documentate e rendicontarle in modo appropriato e conforme a quanto disposto dalla UO Veterinaria;
- Assicurare l'attuazione dei controlli straordinari previsti in collaborazione, e a seguito di eventuale richiesta, con le altre Autorità Competenti in materia di sicurezza alimentare, e condizionalità

4) Azione

Valorizzare e promuovere, per quanto di competenza, i prodotti agroalimentari regionali ai fini di sostenerne l'esportazione implementando i requisiti sanitari richiesti agli operatori economici dagli accordi commerciali con i Paesi Terzi.

Modalità operative

- Supporto agli stabilimenti nella gestione delle problematiche igienico-sanitarie finalizzate all'esportazione dei prodotti di origine animale.
- Assicurare i controlli ufficiali aggiuntivi richiesti dai paesi importatori presso le imprese del settore alimentare

5) Azione

Tutelare la salute dei consumatori e gli interessi degli Operatori economici della filiera agroalimentare migliorando la gestione igienico sanitaria e la conoscenza dei processi

Modalità operative

- Favorire, attraverso i Sistemi informativi disponibili (ARS Alimentaria), la conoscenza e la trasparenza dei processi produttivi dei prodotti agro-alimentari lombardi e documentare la loro sicurezza
- Pianificare, modulare e attuare il controllo ufficiale in funzione delle informazioni disponibili sulla piattaforma ARS Alimentaria.

4.3. AREA AMBULATORIALE

4.3.1. AREA DI GOVERNO DEI TEMPI DI ATTESA

In ordine alle modalità di governo delle liste e dei tempi di attesa per l'anno 2016, nelle more dell'emanazione di indicazioni specifiche conseguenti ai disposti della Legge Regionale 11 agosto 2015 , n. 23 "*Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)*" anche in materia di definizione delle costituende Agenzie di tutela della salute (ATS) e delle Aziende socio-sanitarie territoriali (ASST) nonché in attesa dell'approvazione del nuovo Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA), dovrà essere considerata prioritaria, l'attuazione delle disposizioni progressivamente introdotte

dalla Giunta Regionale con le Regole di Sistema annuali, così come raccolte e sistematizzate dalla D.G.R. n. IX/2734 del 22.12.2011 "*Testo unico delle regole di gestione del sistema sociosanitario regionale*", nonché come espresse dalle successive deliberazioni per gli anni di Esercizio 2012, 2013, richiamandosi in particolare ai disposti delle DD.G.R. X/2989/2014 e X/3993/2015. Si ribadisce, in particolare, l'obbligo da parte del Medico prescrittore ad indicare sulla richiesta, la classe di priorità, ovviamente attribuita sulla base dell'esigenza clinica, secondo le modalità individuate dalla D.G.R. X/3993/2015.
Si conferma infine l'indicazione alla prosecuzione, da parte delle ATS, delle attività di implementazione e approfondimento degli studi orientati alla realizzazione di strumenti per il controllo e l'inibizione dei comportamenti prescrittivi inappropriati mediante l'istituzione, in collaborazione con i competenti uffici regionali, di gruppi di esperti volti alla produzione di indicazioni utili all'omogeneizzazione delle modalità di comportamento in ordine all'utilizzo della priorità "U" (Bollino Verde).

Nei Piani Aziendali di Governo dei Tempi di Attesa dovranno essere ricomprese anche le prestazioni di screening mammografico (il tempo di attesa tra positività della mammografia e primo approfondimento) e screening del colon retto (il tempo di attesa tra positività della test del sangue occulto delle feci e prima colonscopia di approfondimento).

4.3.2. AREA DI GOVERNO DELLA CUSTOMER SATISFACTION

Nelle more dell'emanazione di indicazioni specifiche conseguenti ai disposti della Legge Regionale 11 agosto 2015 , n. 23 "*Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)*" anche in materia di definizione delle costituende Agenzie di tutela della salute (ATS) e delle Aziende socio-sanitarie territoriali (ASST), in materia di governo della customer satisfaction, dovrà essere considerata prioritaria, per l'anno 2016, l'attuazione delle disposizioni progressivamente introdotte dalla Giunta Regionale con le Regole di Sistema annuali, così come raccolte e sistematizzate dalla D.G.R. n. IX/2734 del 22.12.2011 "*Testo unico delle regole di gestione del sistema sociosanitario regionale*", nonché come espresse dalle successive deliberazioni per gli anni di Esercizio 2012, 2013, richiamandosi in particolare ai disposti delle DD.G.R. X/2989/2014 e X/3993/2015. In particolare si conferma, parallelamente alla raccolta dei consueti flussi relativi alla qualità del servizio sanitario percepita dal cittadino, la raccolta dei questionari di gradimento dei servizi di assistenza specialistica territoriale presso le strutture erogatrici nelle more di ulteriori indicazioni in merito alla sistematizzazione dell'intero flusso di customer satisfaction all'interno del Sistema regionale.

4.3.3. SPERIMENTAZIONE WALK- IN CENTRE (VIA RUGABELLA-MILANO)

Nel corso del 2016 verrà implementato un progetto innovativo presso il Poliambulatorio sito a Milano in Via Rugabella, già ristrutturato nel 2015 a seguito dell'evento Expo, che preveda l'accesso da parte dei cittadini dell'area metropolitana, con modalità innovative, per la gestione dei cosiddetti codici minori, anche al fine di sgravare il pronto soccorso da attività inappropriate, e che possa prevedere modalità di accesso diretto dei pazienti, ampliando gli orari di attività nelle ore serali e prevedendo l'apertura anche il sabato e durante i giorni festivi.
Il modello dovrà caratterizzarsi per la forte integrazione tra medici specialisti ambulatoriali, medici specialisti ospedalieri, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, al fine di creare un percorso assistenziale/terapeutico che possa rappresentare un'offerta sanitaria alternativa e complementare al percorso ospedaliero.
Le risorse necessarie per l'attivazione della progettualità in questione verranno riconosciute nell'ambito del contratto annuale che verrà sottoscritto con l'ATS di riferimento.

4.4. AREA CURE PRIMARIE

In considerazione dell'attuazione della legge regionale n. 23/2015 e in continuità con il percorso di confronto con le Aziende sanitarie locali e le OO.SS già intrapreso nel 2014 e proseguito nel 2015, l'impegno di Regione Lombardia per il 2016 è definire una rete integrata di servizi finalizzati all'erogazione delle cure primarie al fine di garantire la continuità dell'assistenza, l'individuazione e l'intercettazione della domanda di salute con la presa in carico dell'utente e il governo dei percorsi sanitari, sociosanitari e sociali in coerenza con le previsioni normative vigenti (l.r. 23/2015; legge 189/2012 e Patto per la Salute 2014-16). Nel 2015 le ASL hanno individuato le AFT della Medicina generale e della Pediatria di famiglia, realizzando una prima mappatura territoriale che dovrà essere verificata dalle ATS e resa coerente con il nuovo assetto territoriale delle ATS e ASST costituite dalla l.r. n. 23/2015.

Vista l'impossibilità di addivenire ad un Accordo Integrativo Regionale a valere sul 2016 con le OO.SS dei Medici di Medicina Generale, stante la dichiarazione congiunta a verbale espressa da tutte le OO.SS dei Medici di Medicina Generale titolate alla sottoscrizione di Accordi Integrativi Regionali in data 10 dicembre 2015, al fine di garantire continuità all'offerta del servizio delle Cure Primarie in Lombardia si proroga, fino a sottoscrizione del nuovo Accordo Integrativo Regionale e comunque non oltre il 31/12/2016, l'accordo attualmente in vigore, approvato con D.G.R. n. X/3024 del 16/01/2015. L'accordo si intende integralmente prorogato con la sola eccezione del fondo a riparto pari ad un milione di euro costituito per il solo anno 2015 quale contributo straordinario per i medici prescrittori tramite ricetta dematerializzata.

Vista l'impossibilità di addivenire ad un Accordo Integrativo Regionale a valere sul 2016 con le OO.SS dei Pediatri di Libera Scelta, stante la dichiarazione congiunta a verbale espressa da tutte le OO.SS dei Pediatri di Libera Scelta titolate alla sottoscrizione di Accordi Integrativi Regionali in data 15 dicembre 2015, al fine di garantire continuità all'offerta del servizio delle Cure Primarie in Lombardia si proroga, fino a sottoscrizione del nuovo Accordo Integrativo Regionale e comunque non oltre il 31/12/2016, l'accordo attualmente in vigore, approvato con D.G.R. n. X/3022 del 16/01/2015.

Oltre alla l.r. 23/2015, l'Accordo integrativo regionale per l'anno 2016 per gli specialisti ambulatoriali e le altre professionalità sanitarie deve tenere conto dell'Accordo Collettivo Nazionale sottoscritto in data 30 luglio 2015, in fase avanzata di perfezionamento.

A seguito della proroga degli Accordi Integrativi Regionali, le ATS dovranno sottoscrivere Accordi a livello aziendale sulla base delle indicazioni contenute negli Accordi Integrativi Regionali e dovranno attenersi strettamente al rispetto dell'assegnazione economica regionale 2016 per la Medicina Convenzionata.

Dato il mutamento dell'assetto territoriale e funzionale delle nuove Agenzie/Aziende, sarà necessario rivedere anche la composizione dei Comitati regionali, dei Comitati aziendali e dell'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali secondo criteri che saranno successivamente definiti.

I progetti finalizzati alla copertura assistenziale, per i pazienti in età pediatrica, nelle giornate del sabato e nel giorno prefestivo qualora questo preceda più di un giorno di festività già attivati, per i quali è previsto un fondo di € 2.000.000, proseguono compatibilmente con il percorso complessivo di riforma della Medicina territoriale.

Al fine di implementare il cruscotto economico regionale della medicina convenzionata, le ATS saranno tenute ad attivare un flusso di rendicontazione mensile, in raccordo con Lombardia Informatica, relativo ai compensi riconosciuti ai medici di continuità assistenziale. Si rimandano alla Direzione competente le conseguenti indicazioni operative.

Nell'ottica della semplificazione delle procedure, dall'anno 2016 sarà unificata la procedura di gestione delle graduatorie provinciali relative agli Specialisti ambulatoriali ed altre Professionalità sanitarie da parte

delle Aziende individuate nei Comitati Zonali attraverso l'utilizzo dell'applicativo informatico regionale già disponibile per biologi, chimici e psicologi.

Alla luce del nuovo riassetto territoriale definito l.r. 23/2015 si dà atto che la nuova configurazione delle Aziende sede di Comitato Zonale sia la seguente, ferma restando la possibilità di modifica entro il primo trimestre, a modifica della D.G.R. n.VIII/010073 del 7.08.2009:

Denominazione attuale del Comitato Zonale	**Aziende afferenti secondo la L.R. 23/2015**	**Azienda sede del Comitato secondo la L.R. 23/2015**
Comitato Consultivo Zonale di Bergamo	ASST di Bergamo Est	ASST Papa Giovanni XXIII
	ASST di Bergamo OVEST	
	ASST Papa Giovanni XXIII	
Comitato Consultivo Zonale di Brescia	ASST Francia Corta	ASST degli Spedali Civili di Brescia
	ASST Garda	
	ASST degli Spedali Civili di brescia	
Comitato Consultivo Zonale di Como	ASST Lariana	ASST Lariana
Comitato Consultivo Zonale di Cremona	ASST di Crema	ASST di Cremona
	ASST di Cremona	
Comitato Consultivo Zonale di Lecco	ASST di Lecco	ASST di Lecco
Comitato Consultivo Zonale di Lodi e Melegnano	ASST di Lodi	ASST di Lodi
	ASST Melegnano e della Martesana	
Comitato Consultivo Zonale di Mantova	ASST di Mantova	ASST di Mantova
Comitato Consultivo Zonale di Milano	ATS della Città Metropolitana di Milano	ATS della Città Metropolitana di Milano
	ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda	
	ASST Nord Milano	
	ASST Fatebenefratelli Sacco	
	ASST Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini/CTO	
	ASST Santi Paolo e Carlo	
Comitato Consultivo Zonale della Provincia di Milano	ASST Ovest Milanese	ASST Ovest Milano
	ASST Rhodense	
Comitato Consultivo Zonale di Monza-Brianza	ASST di Monza	ASST di Monza
	ASST di Vimercate	
Comitato Consultivo Zonale di Pavia	ASST di Pavia	ASST di Pavia
Comitato Consultivo Zonale di Sondrio	ASST della Valtellina e dell'Alto Lario	ASST della Valtellina e dell'Alto Lario
	ASST della Valcamonica	
Comitato Consultivo Zonale di Varese	ASST Sette Laghi	ASST Sette Laghi
	ASST Valle Olona	

4.5. PROFESSIONI SANITARIE

Nell'ambito *Joint Action on "European Health Workforce Planning and Forecasting"* (http://www.euhwforce.eu/), finalizzato a diffondere buone pratiche, sviluppate in alcuni stati europei, di pianificazione e previsione del fabbisogno futuro delle professioni sanitarie, il Ministero della Salute ha il coordinamento del progetto pilota, in collaborazione con Age.Na.S., che ha l'obiettivo di individuare una metodologia per la determinazione del fabbisogno inizialmente di cinque professioni sanitarie (dentisti, farmacisti, infermieri, medici e ostetriche). In questo progetto sono coinvolte le Regioni e Province autonome, il MIUR, il MEF, le Federazioni Nazionali degli Ordini e Collegi professionali delle cinque professioni sanitarie, l'ISTAT e gli istituti previdenziali nazionali di riferimento.

In considerazione dello sviluppo dei contenuti della metodologia che tiene conto anche delle variabili relative al mutato scenario occupazionale per via dell'allungamento dei tempi di lavoro rispetto all'età pensionabile, sia al gap tra domanda formativa superiore all'offerta sia formativa che lavorativa, si ritiene ormai superato il richiamo alla D.G.R. n. 6596/2001 riportata nella deliberazione relativa alle funzioni non tariffate rispetto all'erogazione del contributo per l'immatricolazione al primo anno del corso di laurea per infermiere riconosciuto delle Aziende sanitarie sede di corso.

4.6. SALUTE MENTALE E NEUROPSICHIATRIA INFANTILE

In attuazione dell'accordo di CU del 17.10.2013 in materia di strutture residenziali psichiatriche, le strutture psichiatriche denominate in Regione Lombardia "Comunità Riabilitativa ad Alta Assistenza" (CRA) e "Comunità Riabilitativa a Media Assistenza" (CRM), sono ricomprese sotto la denominazione nazionale più ampia di "Struttura Residenziale Psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo" (SRP1); allo stesso modo le strutture psichiatriche denominate in Regione Lombardia "Comunità Protetta ad Alta Assistenza" (CPA) e "Comunità Protetta a Media Assistenza" (CPM) sono ricomprese sotto la denominazione nazionale più ampia di "Struttura Residenziale Psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo (SRP2). Per quanto riguarda le strutture psichiatriche denominate in Regione Lombardia "Comunità Protette a bassa protezione" risultano ricomprese nella denominazione nazionale di "Struttura residenziali psichiatrica per interventi socioriabilitativi" (SRP3).

Le risorse assegnate nel 2016 alle ASST saranno adeguate alla reale produzione di attività rilevata nel corso degli ultimi esercizi. Ciò avverrà con un impatto neutro sull'equilibrio complessivo del sistema.
Inoltre si rinnovano le indicazioni in materia di contratti di psichiatria adulti e NPIA contenute nelle precedenti regole di finanziamento. Non sono previste per il 2016 nuove progettualità, fatto salvo il completamento di quelle già attivate. Relativamente a queste ultime particolare attenzione sarà dedicata alla prosecuzione dei lavori inerenti alla sperimentazione del "Budget di salute".
Per il 2016 il budget per gli interventi in 43san non dovrà di norma essere superiore a quello del 2015. Per casi di dimostrata necessità sarà considerata la possibilità di un incremento del 5% a fronte di parere motivato della ATS.
In ogni caso sarà cura delle ATS rendere sempre più appropriati, efficienti e sostenibili gli interventi rivolti ai pazienti, anche attraverso il ricorso a soluzioni alternative all'inserimento in strutture residenziali.
Nel corso del 2016 verranno date indicazioni per omogeneizzare le procedure relative alle autorizzazioni per l'utilizzo delle risorse 43san.
In relazione alle prestazioni di psichiatria per adulti, il cambiamento dell'utenza verificatosi negli ultimi anni ha reso necessario adattare l'attività all'emergere di nuovi bisogni e a programmi innovativi di intervento, determinando l'esigenza di una revisione del modello organizzativo del CPS attraverso la definizione delle funzioni e delle competenze da assicurare al fine di garantire ai cittadini un'offerta diversificata, accessibile, appropriata, integrata nella rete sociale e con i servizi socio-sanitari, impostata secondo i criteri dei percorsi di cura e dell'integrazione delle diverse professionalità cliniche e psicosociali.

Per quanto riguarda la Neuropsichiatria Infantile, per il 2016 sono confermate le azioni e gli interventi (compresa la possibilità di contrattualizzazione di nuovi posti) ai sensi della D.G.R. n. 2189/2014, secondo quanto previsto dal ddgs n. 2647 del 01/04/2015, limitatamente ai contenuti dei piani di intervento già presentati in proposito dalle ASL.
Allo stesso modo, si conferma il budget complessivo per i percorsi B e C previsto dalla D.G.R. 2189/2014 tenuto conto degli esiti del monitoraggio delle attività realizzate in proposito nel corso del 2015.
La remunerazione dei progetti di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza – di cui con D.G.R. 4 agosto 2015 n. 3993 è stato previsto il rinnovo con il medesimo importo per ASL del 2015 – avverrà nel 2016 sulla base della rendicontazione delle prestazioni erogate e dei costi della formazione.
Qualora la produzione non risultasse sufficiente a coprire i costi sostenuti per la realizzazione delle attività previste, nelle more di una messa a regime di tale sistema di finanziamento, nel 2016 verrà coperto fino a un massimo del 90% dell'importo totale del costo preventivato di progetto.
A riguardo delle prestazioni di NPIA, si rileva che una percentuale significativa delle richieste di prima visita relative ai poli territoriali ha tempi di attesa critici. Tale criticità è ancora più significativa per i tempi di accesso ai trattamenti, con particolare riguardo alla logopedia. Pertanto, nell'intento di ridurre le liste di attesa per diagnosi e trattamento in NPIA, si dispone che per il 2016 una significativa priorità, fino a un massimo di 4 milioni di euro per valore delle prestazioni erogate, sia data alle prestazioni rivolte ai minori che necessitano di attività riabilitative di tipo logopedico e che venga data anche una particolare attenzione alla cura dei pazienti affetti da sindrome dello spettro autistico o disabilità complessa.

AZIONI E MISURE INNOVATIVE DELL'AREA SOCIOSANITARIA INTEGRATA

In una visione di sistema che mette al centro la dimensione territoriale degli interventi, il tema della grave e gravissima disabilità in età evolutiva, che in larga misura è d'interesse dell'area della Neuropsichiatria infantile, è paradigmatico nella più generale ricostruzione del sistema complessivo di risposte nell'ambito della salute pubblica così come coniugato nella L.R. 23/2015.

Al fine di consentire il realizzarsi di quanto sopra e in relazione alla omogeneizzazione degli interventi assicurati sia dai servizi di neuropsichiatria infantile sia dalla rete delle unità d'offerta sociosanitarie, come esito di una reale integrazione e un superamento dell'attuale sistema che vede la presenza di attività clinico diagnostiche e di riabilitazione sanitarie e sociosanitaria nell'età evolutiva, in relazione alle misure di cui alla D.G.R. 116/2013 e le azioni innovative sperimentate negli anni scorsi, si definisce quanto segue :

- per quanto riguarda la specifica funzione relativa all'azione innovativa **"Riabilitazione minori":** si definisce la prosecuzione dell'azione dei volumi di attività assicurati, nell'ambito di tale funzione nel quarto trimestre 2015, e relativi oneri economici da parte dei gestori delle attività di cui alla D.G.R. 1185/2013 fino al riordino della materia da effettuarsi entro l'anno 2016;
- per quanto riguarda la specifica funzione relativa all'azione innovativa di **"case management"**: dato atto che tale azione è da intendersi come la funzione che si attiva in sede di valutazione multidimensionale per le persone con bisogni complessi e dato altresì atto che tale misura non contempla l'erogazione di prestazioni riabilitative/abilitative si definisce, anche sulla base degli esiti del monitoraggio condotto sulle attività 2014 e 2015, la prosecuzione della stessa precisando che le principali attività riconducibili a questa funzione sono:
  - informazione/orientamento/accompagnamento della persona e della famiglia, attraverso una figura stabile di riferimento;
  - raccordo e coordinamento dei diversi attori del sistema dei servizi e consulenza agli operatori delle agenzie educative della prima infanzia, della scuola e della rete dei servizi territoriali sociali e sociosanitari;
  - sostegno alle relazioni familiari ivi compreso una specifica consulenza alla famiglia.

In tale contesto dovrà essere garantita una forte azione di governance orientata alla salvaguardia dei diritti di fragilità, all'appropriatezza degli interventi e alla sostenibilità del sistema.

Le risorse destinabili per l'anno 2016 per le funzioni di cui sopra sono pari a euro 7.500.000, di cui euro 6.000.000 per la "riabilitazione minori" e euro 1.500.000 per il "case management", già nella disponibilità dei bilanci delle ex ASL.

Relativamente alla misura "**Residenzialità rivolta a minori con gravissima disabilità"**, valutata la specifica rilevanza che tale misura riveste in termini di sostegno alle famiglie e/o di protezione nei confronti dei minori con gravissime disabilità, prosegue secondo le indicazioni contenute nella D.G.R. 2942/2014 in termini sia di profili di fragilità sia di relativi requisiti assistenziali e valorizzazione dei voucher. Alla luce dei dati di monitoraggio si ritiene di definire un onere complessivo, su base annua, pari a euro 1.300.000

Relativamente alla misura **"Minori vittime di abuso o maltrattamento"** l'analisi dei dati ha evidenziato la necessità di una sostanziale ridefinizione della misura, alla luce sia del DPCM 14 febbraio 2001 sia del successivo DPCM 29 novembre 2001, relativo ai Livelli essenziali di Assistenza che, esplicitamente, prevedono:

- nel caso della protezione "del minore in stato di abbandono e tutela della sua crescita" prestazioni medico-specialistiche, psicoterapiche e di indagine diagnostica sui minori e sulle famiglie adottive ed affidatarie a totale carico del SSN;
- nel caso di interventi di "prevenzione, assistenza e recupero psicoterapeutico dei minori vittime di abusi" a totale carico del SSN.

Le modalità d'intervento coerenti con quanto sopra detto, decorreranno dal 1 giugno 2016 al fine di consentire la puntuale declinazione dei criteri di individuazione dell'utenza e le modalità di erogazione dei diversi interventi. Fino a tale data proseguono le misure in essere.

Alla luce dei dati di monitoraggio si ritiene di definire un onere complessivo, su base annua, pari a euro 17.000.000.

Resta da approfondire in tale area il tema posto dai dati di monitoraggio sia delle diverse misure delle attività di cui sopra che delle Unità d'offerta. Tali dati evidenziano la necessità di affrontare ed approfondire il tema dei minori/giovani adulti che pur non presentando condizioni tipiche per gli interventi nell'area della Neuropsichiatria/Psichiatria, manifestano condizioni tali da necessitare di risposte di natura educativa e riabilitativa in contesti protetti spesso di tipo residenziale e che oggi risultano accolti nell'Ambito delle Unità d'Offerta residenziali nell'area delle dipendenze o nelle Comunità educative per minori.

4.7. SANITÀ PENITENZIARIA

Al fine di evitare soluzioni di continuità nel servizio attualmente erogato, per quanto riguarda le prestazioni sanitarie a favore dei reclusi negli istituti di pena presenti sul territorio lombardo, si conferma fino a nuove indicazioni l'attuale organizzazione, con l'afferenza di ogni istituto/struttura per persone sottoposte a procedimento penale / misura di sicurezza all'ospedale che già ora ne ha la responsabilità.

4.8. IMPLEMENTAZIONE DELLE RETI SANITARIE

4.8.1. RETI DI PATOLOGIA

Dalla pluriennale esperienza di attivazione delle reti di patologia (ROL, REL, ReNe, Rete Diabete, Rete Stroke, Rete Stemi, Rete HCV), si evidenza che tale modello organizzativo concretizza uno strumento adeguato per garantire l'omogeneità di trattamento sul territorio ed il governo dei percorsi sanitari in una linea di appropriatezza degli interventi e di sostenibilità economica.
Il network consente di attivare sinergie tra gli operatori e condivisione collegiale dei protocolli di procedura in base alle *best practice*. Proprio la diffusione di conoscenze scientifiche e la condivisione di Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali (PDTA) per un'opzione terapeutica sempre più efficace ed aggiornata, rappresenta uno degli elementi che qualificano l'offerta sanitaria all'interno delle reti di patologia.
Le reti, dopo le fasi di sperimentazione e di implementazione che hanno contribuito a realizzare una consolidata *"community"* scientifica, necessitano, ora, di inaugurare una fase di nuovo sviluppo orientato alla sperimentazione di modalità operative più dinamiche e innovative tese alla realizzazione di percorsi fortemente integrati multidisciplinari e di continuità assistenziale che, siano in grado di promuovere in primo luogo la qualità e l'appropriatezza di cura.

Gli obiettivi specifici delle reti di patologia da realizzare entro il 31/12/2016 sono i seguenti:

a) individuazione di modelli organizzativi innovativi per il funzionamento delle reti - sia su scala aziendale che interaziendale – fortemente orientati alla multidisciplinarietà e alla continuità dei percorsi assistenziali, anche attraverso il supporto di strumenti informatici per facilitare e strutturare l'interazione tra la medicina specialistica e del territorio;
b) definizione/aggiornamento di Percorsi Diagnostico-Terapeutici-Assistenziali (PDTA) con particolare attenzione al tema dell'appropriatezza clinica;
c) strutturazione di percorsi di monitoraggio/valutazione dei PDTA, attraverso specifici set di indicatori di qualità e sistemi di audit.

Nel corso del 2016 sarà sviluppata la Rete Pneumologica Lombarda che, in una prima fase, focalizzerà l'attenzione sui pazienti con insufficienza respiratoria, la loro gestione in UTIR e la loro successiva presa in carico.
Nel corso del 2016 saranno identificati, inoltre, i Centri afferenti alla Rete Lombarda dei Centri di senologia, di cui alla d.g.r. n. IX/4882 del 21/02/2013. I suddetti Centri dovranno prendere in carico le pazienti affette da carcinoma mammario in modo globale e a tal fine, sarà definita una tariffa omnicomprensiva, oltreché i percorsi di monitoraggio.

4.8.2. TUMORI EREDOFAMILIARI DI MAMMELLA E OVAIO

Entro marzo 2016 la Direzione Generale Welfare definirà un Programma regionale lombardo per le donne a rischio di carcinoma della mammella e dell'ovaio ereditario. Il Programma, in coerenza con le indicazioni di cui alle D.G.R. n. 2313 del 1/08/2014 e D.G.R. n. 3993 del 4/08/2015, fornirà indirizzi in merito a:

- I criteri di eleggibilità degli individui da inviare alla consulenza genetica oncologica
- I percorsi di avvio alla consulenza genetica oncologica
- L'individuazione delle caratteristiche dei centri i riferimento per la genetica oncologica
- Le modalità di prescrizione delle indagini molecolari (test genetici)
- La definizione di specifici percorsi per la gestione multidisciplinare dei pazienti, la definizione di strategie di sorveglianza e di prevenzione
- Le attività di coordinamento e formazione all'attuazione del programma

- Le indicazioni particolari per l'invio alla consulenza e ai test genetici per le donne affette da tumore ovarico epiteliale sieroso di alto grado con recidiva platino sensibile candidabili a terapia con PARP-inibitori (oggi in classe C-nn e quindi autorizzati da AIFA ma non ancora ricompresi nei farmaci rimborsabili dal SSN).

4.8.3. RETE PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA (PMA)

Il complesso quadro normativo e giurisprudenziale nel quale le tecniche di fecondazione assistita vengono disciplinate ha generato una diversificazione di comportamenti tra le diverse Regioni, comportando di fatto diversi regime di erogazione delle medesime prestazioni, non essendo inserite espressamente all'interno dei Livelli Essenziali di Assistenza, garantiti dal SSN a titolo gratuito o con compartecipazione alla spesa.
Le attuali previsioni normative, come definite dalla Legge di stabilità 2016 ed, in particolare, il comma 553 che prevede che, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge stessa si provveda "...all'aggiornamento del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001, recante «Definizione dei livelli essenziali di assistenza», nel rispetto degli equilibri programmati della finanza pubblica…", dovrebbero dirimere il tema dell'introduzione nei LEA delle prestazioni afferenti alla fecondazione assistita.
Sulla base delle predette previsioni e dell'effettivo aggiornamento dei LEA nazionali, saranno intraprese le opportune e dovute azioni in merito all'erogazione delle prestazioni di procreazione medicalmente assistita.

La fase sperimentale della Rete regionale PMA, il cui progetto è stato approvato dalla d.g.r. n. 1054/2010, si conclude il 31/12/2015. In questa fase è stato realizzato, nell'ambito del fascicolo sanitario elettronico, un flusso informativo sistematico ed accurato dei dati di attività clinica validati, implementato dalle cinque Strutture sanitarie pilota coinvolte nella sperimentazione (IRCCS Istituto Clinico Humanitas, Fondazione IRCCS Ca' Granda Policlinico, A.O. Papa Giovani XXIII, A.O. Ospedale San Paolo, A.O. Carlo Poma).
Per tutto il 2016 proseguirà, da parte delle Strutture pilota, l'implementazione e il collaudo del flusso informativo al data-base regionale e al Registro Nazionale PMA.

Per strutturare il governo della rete regionale PMA e supportarne le attività, sarà nominato un Comitato Esecutivo (CE), board propositivo e operativo della rete. Nel CE sono rappresentati la DG Welfare e i professionisti esperti della tematica che operano nel sistema socio sanitario regionale.
Il CE avrà l'obiettivo primario di predisporre, entro l'anno, la proposta di un piano di attività per l'estensione della rete, a partire dal 2017, a tutte le Strutture pubbliche e private che erogano prestazioni di PMA, accompagnato dall'evidenza dei punti di forza, delle eventuali criticità e azioni correttive, per la successiva valutazione da parte della DG Welfare.
Il CE della rete PMA, avrà, inoltre, il compito di supportare la DG Welfare nella verifica di sostenibilità delle diverse condizioni di erogabilità delle prestazioni di PMA.
Nell'ambito dell'attuazione della d.g.r. n. X/4103 del 02/10/2015 *"Determinazioni in merito alla procreazione medicalmente assistita (PMA) – recepimento degli Accordi Stato-Regioni del 15/03/2012 (Rep. Atti 59/CSR) e del 25/03/2015 (Rep. Atti 58/CSR)"* le attività nel 2016 si concentreranno nei seguenti filoni:

a) perfezionamento dei vigenti requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi dei Centri PMA per la conseguente riclassificazione delle attività di PMA;
b) strutturazione del nuovo processo di visite di verifiche da parte di Valutatori nazionali, di cui al Decreto Ministeriale 31/07/2015 *"Istituzione di un elenco nazionale dei valutatori addetti alle visite di verifica dei centri di procreazione medicalmente assistita (PMA)".*

4.8.4. RETE DELLE CURE PALLIATIVE

Nel corso del 2016, in coerenza alla istituzione della DG Welfare con conseguente accentramento delle competenze in materia sanitaria e sociosanitaria, le azioni saranno finalizzate al perseguimento dell'unificazione degli attuali modelli organizzativi, sia residenziale, sia domiciliare, all'adeguamento dei loro requisiti di accreditamento e della connessa remunerazione, integrando appieno i livelli sanitario e sociosanitario e rendendo unitario il percorso di presa in carico della persona da parte della Rete di Cure palliative.

Si procederà ad una attenta analisi, in conformità alla recente evoluzione del Sistema socio Sanitario ai sensi della L.r. n.23/2015, degli elementi costitutivi della Rete di Cure Palliative di cui alla d.g.r. n. 4610/2012, con particolare riferimento alle Reti locali di CP e ai DICP nelle declinazioni che eventualmente ne deriveranno, anche in un'ottica di coordinamento regionale.

Proseguirà il monitoraggio – avviato in precedenza con il tavolo inter-direzionale per le Cure palliative di cui al Decreto del Direttore Generale Salute n. 5898 del 16/07/2015 - sullo stato di attuazione delle Reti locali di Cure palliative, anche attraverso il loro coinvolgimento, in ragione di ciò si proseguirà nel lavoro iniziato nel corso del 2015, finalizzato all'identificazione ed allo sviluppo di un insieme di indicatori specifici, atti a favorire l'appropriatezza dei percorsi di cura e standard comuni, al fine di favorire uno sviluppo omogeneo della rete assistenziale sull'intero territorio regionale in coerenza alla legge n.38/2010 e ai successivi provvedimenti attuativi nazionali e regionali.

Verranno avviati programmi di formazione per gli operatori della rete di Cure palliative inclusi i MMG e i PLS, in recepimento dell'Accordo CSR 10 luglio 2014 concernente i contenuti minimi in termini di conoscenza, competenza e abilità definiti per le figure professionali operanti nelle reti delle Cure palliative. I programmi formativi avranno valenza pluriennale.

Per quanto riguarda l'informazione data al cittadino e agli operatori rispetto alle modalità di accesso alla rete di CP, verrà effettuata una ricognizione su quanto operato a livello di ciascuna rete locale al fine di favorire una omogeneità dei contenuti informativi su tutto il territorio regionale.

In attuazione del DM 4.06.2015 (pubblicato su GU n.150 del 1.07.2015) la Regione provvederà ad emanare i provvedimenti con i quali si certifica, su istanza del medico interessato in possesso dei requisiti previsti, l'esperienza professionale necessaria per operare nella Rete di Cure palliative.

4.8.5. RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE

Con riferimento specifico alla Rete della Terapia del Dolore, in attuazione alla d.g.r. n.X/2563/2014 *"Prime determinazioni in merito allo sviluppo della Rete di Terapia del Dolore in Regione Lombardia in attuazione alla D.g.r. n. IX/4610/2012"* è proseguito il lavoro del "Gruppo Approfondimento Tecnico di Terapia del Dolore" con il monitoraggio della Rete di Terapia del Dolore attraverso l'analisi dei flussi informativi regionali al fine di garantire una omogenea diffusione dell'offerta assistenziale, ponendo attenzione alla distribuzione territoriale dei Centri di Terapia del Dolore, come configurati in sede di prima attuazione, e monitorando la ricaduta della piena applicazione degli indirizzi nazionali sul territorio lombardo. Al termine dei lavori è stato elaborato il documento tecnico relativo allo sviluppo della rete che sarà oggetto di specifico provvedimento di Giunta regionale.
Nel corso del 2016 verrà avviata una funzione di coordinamento con modalità di *"Steering Committee"*, secondo regole da definirsi, posta in capo alla Direzione Generale Welfare e ai Centri specialistici di Terapia del Dolore di Secondo Livello mirata al monitoraggio e allo sviluppo della Rete di Terapia del Dolore, con la finalità di favorire uno sviluppo omogeneo su tutto il territorio regionale della rete, anche attraverso l'individuazione di strategie operative e sinergie tra i Centri specialistici di Terapia del Dolore di Primo e di

Secondo livello, finalizzate a pervenire ad una proposta condivisa di governo clinico che ponga il paziente e la sua famiglia al centro della Rete di Terapia del Dolore. Tale sviluppo verrà favorito anche dalla definizione di modalità di riclassificazione dell'assetto accreditato dei Centri di Terapia del Dolore nei diversi livelli organizzativi, in un'ottica programmatoria e di sostenibilità.
Verranno avviati programmi di formazione, pluriennali e centralizzati, per gli operatori della rete di Terapia del dolore inclusi i MMG, in recepimento dell'Accordo CSR 10 luglio 2014, concernente i contenuti minimi in termini di conoscenza, competenza e abilità definiti per le figure professionali operanti nelle reti della Terapia del dolore.
L'analisi condotta ha portato alla individuazione dei criteri di identificazione dei Centri di Terapia del Dolore di Primo Livello (CTDPL) in Lombardia e l'individuazione, in questa prima fase di implementazione della rete TD, di 25 CTDPL. Inoltre, il monitoraggio, attuato in applicazione della d.g.r. n. X/2563/2014, conferma il mantenimento dei livelli erogativi dei quattro Centri di Terapia del Dolore di Secondo Livello e ha permesso di identificare un quinto Centro di Terapia del Dolore di Secondo Livello (CTDSL) che risponde ai criteri specifici definiti in Lombardia e soddisfa inoltre quanto considerato nella premessa del documento tecnico allegato a cui si rinvia.
Verranno avviati programmi di formazione, pluriennali e centralizzati, per gli operatori della rete di Terapia del dolore inclusi i MMG, in recepimento dell'Accordo CSR 10 luglio 2014, concernente i contenuti minimi in termini di conoscenza, competenza e abilità definiti per le figure professionali operanti nelle reti della Terapia del dolore.

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

La D.G.R. 2989/2014 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2015" ha avviato un percorso di riordino del ruolo e delle attività delle UOOML, operando lungo due principali linee:
1. Riordinarne le funzioni e le prestazioni rese, riallocando laddove possibile le diverse attività nel flusso ambulatoriale;
2. Specificarne singoli ruoli, compiti e responsabilità all'interno di una logica di RETE capace di evitare sovrapposizioni, di valorizzare complementarietà e di assicurare efficace coordinamento, specie nelle aree più significative riconducibili a «funzione».

A tal fine le UOOML hanno lavorato d'intesa con la UO Prevenzione alla stesura del documento di definizione della Rete delle Unità Operative Ospedaliere di Medicina del Lavoro (UOOML) nel quale è specificato il contesto normativo della proposta, le attività comuni e caratterizzanti, le risorse di servizi già disponibili nella Rete e la proposta di alcuni indicatori di processo, l'immagine della Rete e del suo funzionamento; lo stato dei lavori riguardanti le 'funzioni' individuate come prioritarie: ricerca/emersione dei tumori di riconosciuta o probabile origine professionale; definizione di un "core protocol" per la sorveglianza sanitaria degli addetti in sanità; valutazione dell'impatto sulla salute conseguente a nuovi progetti/impianti/infrastrutture; definizione di un "core protocol" per la sorveglianza sanitaria degli ex-esposti ad amianto.
In coerenza con il disegno di evoluzione del SSR indicato nella l.r. 23/2015, nel corso del 2016 si procederà a indicare in specifici atti il percorso di implementazione della rete e delle funzioni.
Per quanto riguarda la riallocazione all'interno del flusso ambulatoriale, si definisce fin d'ora che le "valutazioni di 2° livello di quadri clinici complessi correlati a rischi lavorativi", sono da rendicontare nel flusso informativo di cui Circolare 28/SAN e ss.mm.ii. utilizzando il codice 8907 come da nomenclatore tariffario in vigore.

4.8.7. RIORDINO RETI SERVIZI DI MEDICINA DI LABORATORIO

L'Accordo Stato-Regioni del 23 marzo 2011 "*Criteri per la riorganizzazione delle reti di offerta di diagnostica di laboratorio*" ha fornito indicazioni e criteri per orientare la riorganizzazione della rete nelle Regioni, secondo l'approccio Hub e Spoke, nell'ottica della *"creazione di reti e di network di strutture, pubbliche e private, … che rende necessario il superamento della frammentazione per garantire la qualità delle prestazioni".* Inoltre, riferendosi a laboratori di base e/o con sezioni specializzate propone, come soglia minima per l'accreditamento di una laboratorio "*un volume di attività di 200.000 esami di laboratorio complessivamente erogati/anno, prodotti in sede e non tramite service*" e prevede che la soglia succitata "*debba essere raggiunta in tre anni di attività, partendo da un volume minimo di 100.000 esami di laboratorio complessivamente erogati/anno*". Mentre prevede per i laboratori specialistici (microbiologia, anatomia patologica, genetica medica) la necessità di "*considerazioni diverse e più articolate"*
Il DM 70 del 2 aprile 2015 "*Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*" al punto 3 definisce gli *Standard minimi e massimi di strutture per singola disciplina* e quindi anche per i servizi di medicina di laboratorio stabilisce i bacini d'utenza minimi e massimi. In particolare definisce come bacini d'utenza per i Laboratori di analisi e le Anatomie Patologiche un numero di abitanti da 150.000 a 300.000, mentre per le Microbiologie da 600.000 a 1.200.000.

Anche la nota del Ministero della Salute, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, del 16 aprile 2015, prot. 0011669, avente ad oggetto "*Riorganizzazione dei Servizi di Medicina di Laboratorio nel Servizio Sanitario Nazionale*", riprende le indicazioni fornite dal succitato accordo Stato-Regioni riguardo alla soglia minima di attività e all'esecuzione di esami presso altre strutture.

La D.G.R.. n. VIII/4239 del 28.2.2007 *"Attuazione del comma 796, dell'art. 1 della l. 27 dicembre 2006 n. 96 (legge finanziaria 2007) e prime integrazioni alla d.g.r. n. VIII/3776/2006 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio-sanitario regionale per l'esercizio 2007"* dopo aver richiamato tutti gli atti regionali in materia di razionalizzazione della rete dei Servizi di medicina di laboratorio a partire dalla D.G.R.. 3313/2001, prevedeva che: *"per i Servizi di Medicina di Laboratorio che erogano esclusivamente prestazioni per utenti ambulatoriali, l'esecuzione in sede di almeno il 25% del numero totale delle prestazioni erogate per conto del SSR, pena la rescissione del contratto".*

La D.G.R. n. X/3993 del 4 agosto 2015 "Ulteriori determinazioni in ordine alla gestione del servizio sanitario regionale per l'esercizio 2015" nell'allegato A al punto 4.2 Riordino dei servizi di medicina di laboratorio recita "*Trascorsi ormai oltre 8 anni, si ritiene necessario modificare la succitata determinazione in seguito ai processi di consolidamento delle attività produttive di Medicina di Laboratorio e all'evoluzione tecnologica, nell'ottica di perseguire l'obbiettivo stabilito con l'Accordo Stato regioni del 23 marzo 2011 sul documento recante "Criteri per la riorganizzazione delle reti di offerta di diagnostica di laboratorio" che indica quale soglia minima di attività l'esecuzione di almeno 200.000 esami/anno e alle previsioni del DM 70 del 2 aprile 2015 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" pubblicato il 4 giugno 2015. Si ritiene quindi opportuno rivedere con l'approvazione delle Regole per l'esercizio 2016 le indicazioni già fornite con la sopra richiamata D.G.R. n. VIII/4239 del 28.2.2007, ridefinendo - con l'obiettivo di promuovere ulteriormente la qualità delle prestazioni e la riorganizzazione dell'offerta – la percentuale di esami garantiti in sede dai Servizi di Medicina di Laboratorio".*

Con le D.G.R.. n. X /1185 del 20/12/2013 e n. X/2313 del 1 agosto 2014, la Regione ha dato avvio al riordino dei laboratori pubblici che porterà all'attuazione di *"un modello organizzativo in cui concentrare le analisi che non rivestono carattere d'urgenza, nella convinzione che il consolidamento dell'attività produttiva porti, oltre un contenimento della spesa dovuto all'economia di scala, anche a un miglioramento della qualità in funzione della specializzazione delle linee produttive e della competenza di chi valida le prestazione"*

prevedendo*" un livello di consolidamento compatibile dal punto di vista tecnico organizzativo con la produzione quali – quantitativa attuale, con le risorse di personale e, soprattutto, con le esigenze cliniche delle strutture sanitarie di ricovero e cura".*

Con la D.G.R. n. X/3993 del 4 agosto 2015 è già stato definito un progetto operativo per i laboratori pubblici della Città di Milano, relativamente alle sottobranche di "Biochimica Clinica e Tossicologia", "Ematologia e Coagulazione" e "Microbiologia e Virologia". Si prevede di definire a breve progetti di riordino dei laboratori di tutte le ASST della Lombardia, a partire da quelle della ATS della Città metropolitana di Milano.

Nelle more di estendere il processo di riorganizzazione dei Servizi di Medicina di laboratorio pubblici a tutta la Regione e in fase di prima applicazione dei nuovi afferimenti territoriali stabiliti dalla l.r.23/2015, si ritiene:

- al fine di garantire un servizio ottimale all'utenza e di non creare disagi o disservizi anche agli operatori coinvolti, di mantenere l'organizzazione attualmente in vigore sia per le afferenze delle articolazioni di laboratorio e dei punti prelievi anche nei casi in cui afferiscano a ASST diverse
- che debbano essere confermate le azioni di riordino già intraprese dalle Aziende Ospedaliere, anche quelle interaziendali, tese a concentrare la produzione delle analisi definite come P3 e P4 dalla normativa regionale, come pure la garanzia delle analisi P1 in tempi utili clinicamente, anche se eseguite in strutture oggi afferite a diverse ASST.

Visto quanto sopra richiamato, iniziando un percorso di razionalizzazione delle strutture di laboratorio private nell'ottica di quanto previsto dalla normativa nazionale di settore, verranno definite soglie minime del numero di prestazioni da produrre in sede sia per i laboratori di base sia per i laboratori specializzati, sia autorizzati che accreditati, e della percentuale minima di esami da effettuare in sede (per i soli laboratori a contratto), nell'ambito di un provvedimento di riordino delle strutture di laboratorio da adottare nel rispetto del regolamento sugli standard (DM 70 del 2 aprile 2015) e delle indicazioni economiche riferite ai soggetti privati accreditati che saranno contenute nella legge di stabilità.

Al fine di ampliare l'attuale livello di accessibilità alle prestazioni di laboratorio sarà possibile per i laboratori autorizzati e accreditati della Regione l'apertura di nuovi punti prelievo, che devono essere in possesso dei requisiti di cui alla D.G.R. n. 3313/2001 e ss.mm.ii. L'apertura di nuovi punti prelievo non prevede variazioni della disponibilità di risorse economiche per le strutture, fermo restando la possibilità di riorganizzazione delle attività produttive, con mantenimento dei punti di accesso, derivanti dalle eventuali riorganizzazione all'interno degli Enti Unici Gestori, quali i declassamenti a Punti prelievo di strutture di laboratorio.

Riguardo le prestazioni "eseguite in sede" si precisa che un servizio di medicina di laboratorio deve eseguire tutte le procedure che portano alla produzione di un referto. In particolare il referto deve essere redatto e firmato dal laboratorio che ha eseguito la prestazione analitica. Può essere accettato che per prestazioni inviate in "service" si eseguano procedure "preanalitiche" utili a meglio conservare i campioni e a migliorare le condizioni di trasporto.

Nel caso di prestazioni che prevedano un approccio "a cascata", se non altrimenti specificato dalla normativa vigente, tutte le procedure devono essere eseguite dallo stesso laboratorio (ad esempio urinocoltura + eventuale antibiogramma, TSH reflex, PSA, ecc.).

4.8.8. SERVIZI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA TERRITORIALE (GIÀ NUOVE RETI SANITARIE)

Si fa riferimento a quei Servizi di Assistenza Specialistica Territoriale (già NRS) che garantiscono prestazioni di assistenza specialistica al domicilio di pazienti inguaribili in carico alla rete di Cure palliative o affetti da malattie croniche, post acute e che si inseriscono nel percorso di presa in carico del paziente coniugando appropriatezza clinica, gestionale e di allocazione delle risorse e di seguito indicati:

- assistenza Specialistica Territoriale Cure Palliative **(STCP, già ODCP)**,
- Percorso di Ospedalizzazione Domiciliare riabilitativa post cardiochirurgica **(POD)**,
- Percorso di Telesorveglianza domiciliare per pazienti con scompenso cardiaco cronico medio grave **(PTS)**,
- Percorso di Telesorveglianza Sanitaria domiciliare per pazienti con BPCO grave e molto grave **(PTP)**,
- Teleconsulto specialistico al MMG **(TCS)**.

Nel corso del 2016 si procederà ad una attenta analisi dei protocolli organizzativi, dei risultati dei servizi e dei rispettivi flussi informativi sottostanti ad oggi in vigore, anche in un'ottica di confronto e/o integrazione con i servizi sperimentali CREG e POT.

Infine, si richiama l'attenzione a quanto previsto dalla D.g.r. n. X/3993 del 4.08.2015 *"Ulteriori determinazioni In ordine alla gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'esercizio 2015"* e si conferma per il 2016 l'adeguamento del budget annuo per quelle Strutture che nel 2014 hanno superato la quota loro assegnata per motivi, confermati dalle ASL territorialmente competenti, imputabili alla fase di avvio del percorso trattandosi di attività iniziata in corso d'anno, o a scostamenti di produzione tra le singole strutture diversamente ripartiti tra le stesse insistenti sul medesimo territorio ex ASL, piuttosto che agli inevitabili processi di stabilizzazione tra la fase sperimentale e la fase a regime. Le ATS devono tenere tali valori a riferimento per la contrattualizzazione relativa all'esercizio 2016.

4.8.9. RETE PER L'ASSISTENZA ALLA MADRE E AL NEONATO

RETE PER L'ASSISTENZA ALLA MADRE E AL NEONATO

Da alcuni anni Regione Lombardia è impegnata nel miglioramento della rete di assistenza alle madri e ai neonati con l'obiettivo prioritario di incrementarne qualità e sicurezza e conseguire la riduzione del tasso di parti con taglio cesareo, per un sempre maggior rispetto della fisiologia del processo gravidanza/parto/nascita e identificare spazi di autonomia professionale, nell'ambito della fisiologia del processo, per le ostetriche.

Punti Nascita con <500 parti/anno

Si dovrà proseguire con la riorganizzazione dei Punti Nascita con numero parti < 500/anno con l'adeguamento dei Punti Nascita limitrofi, la riorganizzazione dell'attività ambulatoriale con particolare attenzione alla continuità assistenziale Ospedale/Territorio. Per le condizioni orograficamente disagiate si fa riferimento alla l. 189/2012 (conversione in legge del d.l. n. 158/2012).

Le ASST interessate, con l'accordo delle ATS, dovranno presentare progetti di rimodulazione dell'attività dei Punti Nascita con <500 parti/anno entro marzo 2016 e prevedendo l'attuazione di quanto previsto entro giugno 2016. Nella progettazione potranno essere considerate opzioni di potenziamento/riorganizzazione

anche in altri settori considerati strategici al fine di non ridurre complessivamente i servizi resi ai Cittadini. Entro agosto dovranno essere presentati anche progetti di rimodulazione dell'offerta per i Punti Nascita che nel primo semestre 2016 evidenzieranno un trend in riduzione dei parti con proiezione su base annua con <500 parti/anno. Attuazione di quanto progettato entro novembre.

Parto analgesia

Si dispone il mantenimento dell'obiettivo già posto per il 2015 di avere almeno un Punto Nascita per ogni ASST in cui sia possibile la parto analgesia H 24

Comitati Percorso Nascita locali

Le ATS dovranno istituire entro febbraio 2016 i Comitati Percorso Nascita locali con rappresentanti di tutte le tipologie professionali coinvolte nel processo assistenziale, territoriale e ospedaliero, di gravidanza/parto/nascita delle ASST con Punti Nascita, rappresentanti della Direzione di ATS e ASST, anche in rifermento all'ambito preventivo in relazione agli obiettivi di "Promozione della salute del bambino e della mamma nel percorso nascita" (D.G.R. 3654/2015 "PRP 2015 – 2018", Programma n. 3).

Dovrà essere presente anche il direttore del Dipartimento materno infantile,

Entro Luglio 2016 dovrà essere redatta la Carta dei Servizi specifica per ogni ASST con Punti Nascita completa, per ogni Punto Nascita delle informazioni inerenti al numero dei parti, del tasso di tagli cesarei primari, della presenza, nei singoli Punti Nascita della partoanalgesia con peridurale e della guardia, in struttura, H24 di ginecologo, anestesista e pediatra.

Dovranno essere resi omogenei al nuovo assetto organizzativo di ATS i progetti definiti nel corso del 2015 dai Comitati Locali di ASL inerenti alla continuità assistenziale Ospedale/territorio, promozione allattamento al seno, comunicazione e Carta dei Servizi.

Continuità assistenziale e semplificazione per il cittadino.

Al fine di facilitare i percorsi degli utenti e sostenere la continuità assistenziale dovrà essere effettuato uno studio di fattibilità, da presentare entro maggio 2016 - sulla base di indicazioni da concordarsi con l'Agenzia delle Entrate - per un modello organizzativo che preveda almeno per un Punto Nascita per ogni ASST la possibilità di ottenere il codice fiscale, l'atto dichiarazione di nascita e la scelta del pediatra di famiglia curante all'interno del Presidio dove è avvenuto il parto.

Promozione dell'allattamento al seno

L'incremento dell'allattamento al seno rappresenta un investimento in termini di salute materna e salute neonatale.

Saranno pertanto sostenute e promosse tutte le azioni necessarie, basate su criteri di efficacia ed appropriatezza, per il miglioramento del tasso di allattamento naturale sino almeno al 6° mese di vita tramite il coinvolgimento di tutte le risorse professionali coinvolte sia ospedaliere che territoriali, così come definito nel Programma "Promozione della salute del bambino e della mamma nel percorso nascita" (di cui alla D.G.R. 3654/2015 "PRP 2015 – 2018").

Al fine di poter controllare i risultati delle azioni di sostegno e promozione si ritiene necessario implementare entro il primo semestre 2016 un sistema di monitoraggio del tasso di allattamento al seno alla dimissione e nei primi mesi di vita.

Set minimo di informazioni sulla gravidanza per la continuità assistenziale ospedale/territorio e codice rischio della gravidanza

La continuità assistenziale e il corretto passaggio di informazioni tra le varie fasi del processo assistenziale a gravidanza/travaglio/parto/nascita e puerperio rappresenta l'aspetto fondamentale per incrementare i livelli di sicurezza per madri e neonati.

Verrà definito e diffuso per l'utilizzo, su base regionale, un set minimo di informazioni per ogni donna nel corso della gravidanza e che sia utilizzabile, per ogni punto di accesso - pubblico e privato - al SSR (medico

di famiglia, Consultori, ospedalità pubblica e privata, liberi professionisti, ambulatori della gravidanza di qualsiasi livello presso Consultori/Ospedali), ogni volta sia necessaria una valutazione clinica.
Tale set di informazioni sarà dinamico e correlato alle settimane di gestazione.
Sempre al fine di uniformare il livello di conoscenza e valutazione delle informazioni dovrà essere implementato e diffuso nelle sedi di triage ostetrico l'utilizzo di scale validate e con standard condivisi per la valutazione del rischio specifico per la gravidanza in modo che sia possibile una maggiore uniformità di giudizio tramite l'utilizzo di una scala (livello di rischio identificato con colore) di facile e uniforme interpretazione per una lettura dei livelli più uniforme.

Diffusione delle Linee Guida

L'utilizzo di linee guida validate rappresenta, con la continuità assistenziale, il cardine per il miglioramento della qualità e sicurezza in un Punto Nascita.
Nel corso del 2016 saranno diffuse e implementate presso i Punti Nascita di RL, definendo, tramite il cruscotto degli indicatori, anche i criteri di controllo sul loro utilizzo le linee guida inerenti a gravidanza e parto dell'Istituto Superiore Sanità e gli statement sulle buone pratiche dl Ministero della salute per quanto concerne la donna e il neonato nell'ambito del processo assistenziale parto/nascita.
Ulteriori aspetti inerenti a qualità e sicurezza in ambito materno infantile sono specificatamente presenti nella parte sul Risk Management.

Indicatori/ Cruscotto per Governo Clinico/Profili Di Cura

Al fine di definire indicatori sulla qualità e sicurezza dei Punti Nascita e dell'intero processo assistenziale il Comitato Percorso Nascita regionale ha, utilizzando i dati dei flussi correnti, definito degli strumenti di misura che verranno utilizzati per definire livelli e obiettivi da raggiugere. Gli indicatori identificati serviranno anche come base per un "cruscotto" con aggiornamento dati almeno 4 volte/anno per fornire ai professionisti uno strumento di governo delle proprie decisioni in merito agli obiettivi posti da Regione di sicurezza, qualità ed efficienza dei Punti Nascita.
Nel corso del 2016 continueranno le azioni finalizzate per un sempre maggior controllo del corretto utilizzo delle risorse assegnate, con particolare attenzione ai criteri di accesso e utilizzo delle U.O. ad alto livello di intensità di cure, come Unità di Medicina Materno Fetale e Terapia Intensiva Neonatale, e alla programmazione della rete di offerta.
Nel corso del 2016 si passerà da un sistema di controllo basato sull'autocertificazione del corretto utilizzo ad un controllo su campione dei NOC.

Al fine di uniformare alcuni profili diagnostici su patologie ostetriche e neonatali frequenti e facilitare il corretto utilizzo delle risorse organizzative e strumentali, valutando positivamente l'esperienza riportata nella delibera n. 3993/2015 verrà istituito dalla DG Welfare un gruppo di lavoro, comprendente esponenti delle Istituzioni e del mondo professionale, con l'obiettivo di definire profili diagnostici minimali e adeguati delle più frequenti diagnosi di dimissione in ambito ostetrico e neonatale. Il documento dovrà essere redatto entro giugno 2016. Il documento dovrà essere validato dal Comitato Percorso Nascita regionale e successivamente reso disponibile per l'utilizzo.

Classificazione dei diversi Punti di offerta della rete materno infantile

La letteratura internazionale ha riconosciuto come strumento di miglioramento della capacità di assistenza nelle gravidanze patologiche – per l'outcome materno e fetale – la concentrazione della casistica verso Centri ostetrici selezionati, per capacità assistenziale e volumi/tipologia di casistica, di assistere patologie complesse e multiproblematiche e complesse perché situati in ospedali dotati di DEAII .
Dovrà essere proseguito il processo organizzativo di concentrazione anche con manovre sulle tariffe collegate alle SDO - in Centri di Riferimento della Patologia della Gravidanza (Medicina Materno Fetale) e della Patologia Neonatale (Terapia Intensiva Neonatale) in coerenza con quanto definito dall'Accordo

Stato/Regioni del 2010 e decreto 70/2015. Si rende in questo modo indispensabile la definizione di un *grading* di livelli operativi tra i diversi punti di offerta nell'ambito dell'area materno infantile.
La valutazione della casistica trattata diventa strumento importante per definire il livello dei diversi Punti Nascita all'interno di un sistema a rete in un modo dinamico che al contempo consenta la definizione dei livelli e della complessità organizzativa senza un congelamento del riconoscimento effettivo della operatività che nel tempo può variare in aumento o diminuzione.
La poca specificità e ridotta capacità di classificazione del sistema DRG in ambito neonatale, e in misura ridotta in ambito ostetrico, è cosa nota e riportata da tutta la letteratura in materia. Appare necessario, quindi, arricchire la capacità descrittiva – tipologia, livello assistenziale, qualità e sicurezza - delle prestazioni erogate nei diversi Punti Nascita proseguendo con quanto già fatto da RL sul tema (D.G.R. 3976/2012 e 3993/2015).
Sarà necessario, dopo l'analisi dei dati raccolti sul tema nell'ultimo trimestre 2015, definire l'utilizzo di ulteriori procedure nel corso del 2016 sempre con l'obiettivo di una migliore classificazione della casistica trattata.

Trasporto materno e neonatale

Dovrà essere attivato e regolamentato, in coerenza con quanto definito dall' Accordo Stato-Regioni del 2010 e a quanto proposto dal Comitato Percorso Nascita Regionale di trasporto assistito materno (STAM) in collaborazione con AREU/112.

Miglioramento dell'appropriatezza dei tagli cesarei

World Health Organization ha recentemente consigliato l'utilizzo della classificazione di Robson dei tagli cesarei per il miglioramento degli indicatori in ambito ostetrico e neonatale (Statement on Caesarean Section Rates, 2015).
Alla luce di quanto premesso, in considerazione degli strumenti messi a punto anche da Regione e per favorire comportamenti virtuosi coerenti con i dati di letteratura si stabilisce una riduzione della tariffa pari al 10% rispetto a quella ordinaria per i parti con TC per le classi 1 e 3 di Robson - (Donna Nullipara/Donna Pluripara con Gravidanza singola, Presentazione cefalica, Età gestazionale a termine, Travaglio spontaneo) e 2A e 4A di Robson (Donna Nullipara/Donna Pluripara con Gravidanza singola, Presentazione cefalica, Età gestazionale a termine, Travaglio indotto) se è superata la soglia del 75° percentile.
Verrà parimenti riconosciuto un incremento pari al 25% del valore ordinario per le medesime classi dei parti con TC per i Punti Nascita con valore inferiore al 25° nel corso del 2016.
Stretto monitoraggio dei valori delle altre categorie di Robson con pubblicazione quadrimestrale sul cruscotto di RL.

Variazione tariffaria

Per proseguire nella politica di Regione Lombardia di miglioramento della sicurezza dei Punti Nascita sono variate le tariffe inerenti alla casistica più complessa che deve essere gestita presso U.O. in grado di offrire articolati livelli organizzativi e capacità assistenziali adeguate garantendo continuità di cure con lo stesso livello tra parte ostetrica e neonatologica.
La tariffa inerente ai parti con necessità di successivo ricovero in Terapia Intensiva Neonatale dei neonati, senza trasferimento presso altro Ospedale, viene incrementata del 30% .
Continua la politica tariffaria di Regione Lombardia finalizzata al riconoscimento della complessità assistenziale della rete delle Terapie Intensive Neonatali con dimensioni coerenti al decreto 70 del 2015.

Programma regionale di screening neonatale esteso per errori congeniti del metabolismo

I programmi di screening neonatale esteso (SNE) per errori congeniti del metabolismo (IEM_Inborn Errors of Metabolism), realizzati con l'applicazione di tecnologie ad alta complessità di spettrometria di massa massa (o tandem mass), che consentono la misura simultanea di numerosi markers biologici (aminoacidi,

acilcarnitine, succinilacetone) nei campioni di sangue disidratato usualmente utilizzati nei programmi tradizionali di screening neonatale (campioni DBS_Dried Blood Spot), si sono affermati nel mondo a partire dalla fine degli anni '90 del precedente secolo; essi sono finalizzati alla diagnosi precoce postnatale di un pannello di oltre 40 malattie metaboliche ereditarie, che comprende principalmente aminoacidopatie, acidemie organiche, difetti dell'ossidazione degli acidi grassi.
Le leggi 5 febbraio 1992 n°104, 23 dicembre 1993 n°548 ed il DPCM n°170 del 9 luglio 1999 costituiscono il riferimento normativo nazionale per gli screening neonatali di Fenilchetonuria, Ipotiroidismo Congenito, Fibrosi Cistica. I programmi di SNE oggi attivi in Italia a livello regionale e sub-regionale sono invece promossi e regolamentati da differenti provvedimenti normativi regionali.

Il comma 229 della Legge 27 dicembre 2013, n. 147 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di stabilità 2014)", entrata in vigore dal 1° gennaio 2014, costituisce invece l'unico atto legislativo nazionale attualmente riferibile ai programmi di SNE. In esso si prevede l'attivazione, a cura delle Regioni e delle PP. AA. , di programmi di screening neonatale per la diagnosi precoce di patologie metaboliche ereditarie per la cui terapia, farmacologica o dietetica, esistano evidenze scientifiche di efficacia terapeutica o per le quali vi siano evidenze scientifiche che una diagnosi precoce, in età neonatale, comporti un vantaggio in termini di accesso a terapie in avanzato stato di sperimentazione, anche di tipo dietetico. Per l'attivazione dei programmi, il livello del finanziamento annuale del Servizio sanitario nazionale cui concorre ordinariamente lo Stato è incrementato di 5 milioni di Euro a decorrere dall'anno 2014, incrementati di ulteriori 5 milioni di Euro a decorrere dall'anno 2015.

In attesa dell'entrata in vigore in termini di organizzazione e di finanziamento economico, di quanto previsto a livello nazionale dal comma 229 della Legge 147/2013 e provvedimenti correlati, considerata l'esperienza già in atto, si conferma come Laboratorio di Riferimento Regionale per lo Screening Neonatale dell'attuale AO Istituti Clinici di Perfezionamento di Milano, con avvio a partire dal secondo trimestre **per tutti i neonat**i in Regione Lombardia.

Nel modello a rete dovranno essere considerate tutte le professionalità e tutti i punti di erogazione dell'assistenza coinvolti in un processo che parte il più delle volte dai Punti Nascita e che deve considerare le professionalità coinvolte in tutte le diverse fasi della gestione di un paziente e della sua famiglia dalla fase dell'esordio al follow-up della fase di cronicità.
Regione Lombardia definirà un gruppo di lavoro multidisciplinare all'inizio del 2016 con il compito di definire gli aspetti progettuali sopra elencati entro il mese di febbraio per una operatività entro il mese di marzo.
Tale metodologia sarà applicata anche in riferimento all'obiettivo regionale, (di cui alla D.G.R. 3654/2015 "PRP 2015 – 2018" Programma n. 3), relativo alla messa a sistema dello screening audiologico e dello screening oftalmologico presso tutti i Punti Nascita.

Il gruppo di lavoro previsto da Regione rivaluterà, in questa prima fase, l'assetto tecnico-organizzativo e clinico già posto in essere nel progetto pilota conclusosi al 30 settembre 2015.

Verrà assegnato specifico contributo dietro rendicontazione, per la copertura dei maggiori costi derivanti dall'estensione dello screening, al Laboratorio di riferimento Regionale per lo Screening Neonatale, presso l'Ospedale dei Bambini "V Buzzi" – ASST FBF/Sacco – fino a un massimo di 450.000 euro per il 2016."

Rete SIDS (Sindrome della morte improvvisa del lattante)

In tale ambito si procederà: all'individuazione di un Comitato Esecutivo - cabina di regia della rete composta da figure di esperienza per assicurare la competenza clinica/gestionale e la funzione di indirizzo e programmazione regionale.
Si inizieranno sperimentazioni attraverso modalità innovative per favorire la presa in carico della famiglia

alla luce del DECRETO 7 ottobre 2014 "Protocolli diagnostici nei casi della morte improvvisa infantile e della morte inaspettata del feto. (14A08847) (G.U. Serie Generale n.272 del 22-11-2014 - Suppl. Ordinario n. 89).

Area Sociosanitaria: i Consultori Famigliari

In tale area un tema rilevante assume l'integrazione del Consultorio Famigliare e la rete di tali Unità d'Offerta con il complesso delle iniziative indirizzate alla tutela della genitorialità e della presa in carico territoriale delle famiglie fragili e vulnerabili.

In tale ambito e sulla base di quanto sopra esposto nelle more dell'aggiornamento della D.G.R. n. 4597/2012, secondo quanto indicato dalla D.G.R. n. 4086/2015, relativamente la descrizione delle prestazioni del vigente tariffario al fine di meglio esplicitare le caratteristiche delle diverse attività che possono essere comprese sotto la denominazione delle singole prestazioni, e in attesa di valutare la consistenza della rete di Unità d'Offerta nelle diverse ASST, si garantisce la prosecuzione delle attività in atto fino al 31 maggio 2016, data entro la quale sarà definito il nuovo provvedimento di aggiornamento della succitata D.G.R. n. 4597/2012. Le risorse destinabili per il periodo sono pari a euro 1.000.000, già nella disponibilità dei bilanci delle ex ASL.

4.8.9.1. DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE CITTÀ DI MILANO

Si dà mandato alla Direzione Generale Welfare di progettare e sperimentare nel corso del 2016 una modalità organizzativa finalizzata alla forte integrazione di tutte le risorse organizzative impegnate nella città di Milano nell'assistenza dell'area materno infantile.
Tale modello d'integrazione risponde pienamente allo spirito innovativo della Legge regionale n. 23/2015 ed è finalizzato al mantenimento delle caratteristiche di integrazione dell'assistenza nell'area Materno Infantile; deve essere caratterizzata da: equità/facilità di accesso, appropriatezza, qualità e sicurezza, integrazione tra territorio e ospedale, sviluppo di tutte le professionalità sanitarie.

La rete dovrà coinvolgere tutti gli ambiti specialistici e le strutture che riguardano l'assistenza e la prevenzione nell'età pediatrica e alle donne gravide: ostetricia e ginecologia, neonatologia, pediatria e chirurgia pediatrica in tutti i livelli operativi – territoriali (distretti, consultori e PLS) ed ospedalieri (ricovero ed attività ambulatoriale).

Tali progetti sono sostenuti da un'organizzazione a rete tra tutte le istituzioni coinvolte nella salute della donna e del neonato/bambino/adolescente presenti a Milano. Il modello di rete previsto sarà caratterizzato da un dominio forte che dovrà sostenere l'azione organizzativa e di governo attraverso la condivisione di tutti gli attori coinvolti e il controllo del raggiungimento degli obiettivi definiti.

Per supportare tale azione di programmazione governo e controllo la progettualità dovrà prevedere l'istituzione di uno staff di direzione a supporto del direttore/dominio della rete.

Per maggior incisività e rappresentatività della complessa della realtà milanese, dovrà essere prevista la formalizzazione di uno Steering Commitee composto da: Referente di Area Pediatrica, di Area Neonatologica, di Area Ostetrico-Ginecologica, di Area NPIA; Direttore Generale ATS Milano città Metropolitana, Direttori Generali di ASST di Milano; Rappresentati di Pediatri Famiglia, di Specialisti Consultoriali, di Specialisti Ambulatoriali, delle Associazioni Genitori.

Gli obietti fondamentali ai quali tendere sono la riorganizzazione nel rispetto delle reciproche funzioni e specificità, per evitare doppioni e migliorare la qualità delle prestazioni rese attraverso la concentrazione della casistica. Particolare rilevanza andrà assegnata all'integrazione con i Pediatri di Libera Scelta e i professionisti che operano presso i distretti ed i consultori. Quest'ultimo aspetto è centrale per la completa realizzazione del progetto.

La condivisione dei PDTA rappresenterà uno dei fulcri operativi per il funzionamento della rete.

Dovranno inoltre essere definiti gli standard di funzionamento dei diversi nodi della rete e gli strumenti per il governo degli obiettivi, le relazioni tra i diversi nodi e modelli per la formazione condivisa e per favorire la ricerca scientifica e i rapporti con le Istituzioni e l'Università.

Il Direttore della Rete, coadiuvato dallo Steering Commitee, dovrà identificare gli indicatori per il controllo degli obiettivi specifici di processo e di output clinico definendone anche il cronoprogramma.

L'analisi della casistica trattata e la valutazione di specifici indicatori consentiranno una valutazione dinamica nel tempo dei ruoli e delle funzioni, al fine di realizzare un modello di rete che si adatta ai cambiamenti delle diverse esigenze degli Utenti e consente il cambio di ruolo dei diversi nodi.

Questo aspetto dinamico è elemento caratterizzante del modello operativo a rete dell'area Materno Infantile. Si favoriscono in questo modo gli elementi che sostengono un comportamento proattivo dei professionisti nell'ambito di un obiettivo comune.

4.8.10. SISTEMA TRASFUSIONALE REGIONALE

Lo sviluppo del Sistema Trasfusionale Regionale, attraverso l'azione sinergica di indirizzo e programmazione della DG Welfare e l'azione di coordinamento di AREU/SRC, ha raggiunto elevati livelli di qualità e sicurezza, oltre a garantire l'autosufficienza territoriale di sangue ed emocomponenti e partecipare alle necessità nazionali.
A seguito della riorganizzazione/centralizzazione delle attività trasfusionali, di cui alla d.g.r. n. X/1632 del 4/04/2014 e a seguito dei mutamenti organizzativi previsti dall'evoluzione del sistema sanitario regionale, di cui alla l. r. n. 23/2015, si rende necessario proporre la revisione normativa della vigente l.r. n. 5 dell'8/02/2005, "*V° piano regionale sangue e plasma della Regione Lombardia per gli anni 2005-2009*".
Si pone, infatti, l'esigenza di dotarsi di uno strumento normativo che fissi in pochi articoli, gli obiettivi del Sistema Trasfusionale Regionale, individuandone i soggetti attuatori e le funzioni ad ognuno assegnate, demandando la possibilità di introdurre elementi di innovazione nella struttura organizzativa, ad atti di indirizzo e programmazione.

Il programma di attività per il 2016 prevede inoltre:

a) il consolidamento del processo di adeguamento ai requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi previsti dall'Accordo Stato-Regioni del 16/12/2010 introdotti per i servizi trasfusionali;
b) il consolidamento del programma di visite ispettive alle Strutture trasfusionali regionali e alle Unità di Raccolta a gestione associativa, per la verifica con cadenza biennale, della sussistenza dei requisiti minimi vigenti.
c) Il recepimento dell'Accordo Stato/Regioni del 20/10/2015 *"Indicazioni in merito al prezzo unitario di cessione, tra aziende sanitarie e tra Regioni e Province autonome, delle unità di sangue, dei suoi componenti e dei farmaci plasmaderivati prodotti in convenzione, nonché azioni di incentivazione dell'interscambio tra le aziende sanitarie all'interno della regione e tra le Regioni in attuazione degli articoli 12, comma 4 e 14, della legge 21 ottobre 2005 n. 219"* con definizione delle modalità di cessione intra-regionale di emocomponenti ed emoderivati e relativo monitoraggio.

Test NAT (Nucleic Acid Testing)
I test NAT (per HIV, HCV e HBV, West Nile Virus) per la validazione degli emocomponenti, organi, tessuti e cellule, saranno contabilizzati a consuntivo - come richiamato e riconfermato dalla d.g.r. n. X/3882 del 22/07/2015 "Rendicontazione in merito alla remunerazione di alcune funzioni non coperte da tariffe predefinite svolte dalle Aziende ed Enti sanitari pubblici e privati accreditati per l'anno 2014 secondo le tipologie di funzioni ed i valori economici stabiliti dalla d.g.r. n. x/1185 del 20 dicembre 2013" - e previo confronto dei volumi esposti con i dati rilevati dal registro regionale sangue.

4.8.11. SISTEMA REGIONALE TRAPIANTI

La medicina dei trapianti costituisce una pratica terapeutica ampiamente consolidata ed efficace che ha assunto nel tempo dimensioni rilevanti, sia in termini di numero di interventi, che di risultati raggiunti in conseguenza del progresso scientifico e del continuo perfezionamento delle tecniche operatorie.
La d.g.r. n. X/4281 del 6/11/2015 *"Riorganizzazione ed efficientamento delle attività di prelievo e trapianto di organi e tessuti – Dalla rete al Sistema Regionale Trapianti"* avvia un intervento di riorganizzazione della rete regionale dei prelievi e trapianti, attraverso l'individuazione dei soggetti e delle funzioni che intervengono nel processo donazione-trapianto, l'aggiornamento dei compiti attribuiti ad ogni singolo nodo della rete e l'individuazione degli ambiti di sinergia e collaborazione tra i diversi livelli organizzativi.
Nel 2016, in attuazione della delibera di cui trattasi e secondo le modalità stabilite, sarà individuato il Coordinatore Regionale Trapianti (CRT), nominata la Commissione Tecnico Scientifica e il Comitato Esecutivo del "Sistema Regionale Trapianti (SRT)".
Il Comitato Esecutivo, con compiti di supporto tecnico e operativo alle attività del Coordinatore Regionale Trapianti, realizzerà entro il 31/12/2016 i seguenti obiettivi:

a) definizione del Programma Regionale Trapianto con particolare attenzione ai percorsi organizzativi, ai sistemi di monitoraggio e alla gestione della qualità del processo donazione-trapianto;
b) predisposizione del programma di trapianto di polmone con l'obiettivo di definire i percorsi di sinergia tra Centri trapianti e il conseguente aggiornamento dei criteri per l'autorizzazione a svolgere attività trapiantologiche;
c) definizione degli specifici programmi di trapianto di organo;
d) proposta di riorganizzazione/centralizzazione delle aree del prelievo di organi e tessuti, anche attraverso lo strumento dei Dipartimenti interaziendali.

4.9. INTERVENTI PER LA CRONICITÀ

In attuazione della l.r. 11 Agosto 2015 n. 23, si dà mandato alla DG Welfare di fornire, entro la fine di Febbraio 2016, **Linee Guida per l'organizzazione e gestione della Rete Territoriale delle ASST**, individuando il modello organizzativo, i servizi e le risorse dedicate alla presa in carico dei pazienti cronici nei vari nodi della Rete.

Alla luce della D.G.R. 4662 del 23/12/15 "Indirizzi per la presa in carico della cronicità e della fragilità in Regione Lombardia 2016-2018", premesso che tali indirizzi sono prioritariamente orientati all'area degli anziani con problematiche di cronicità e non autosufficienza, la DG Welfare procederà a dar corso a quanto contenuto nella stessa D.G.R., implementando prioritariamente gli interventi sotto elencati, in integrazione alle determinazioni già assunte o previste per il 2016 in altri Capitoli delle presenti Regole, e nel rispetto delle risorse allocate per il 2016.

In particolare:

- **Prevenzione:** si rimanda alla programmazione già definita per il 2016 nel Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018 ("*Programma 6-Prevenzione della Cronicità")*, con particolare riferimento all'offerta aziendale di "counselling" alle persone con fattori di rischio per le malattie croniche.

- **Interventi di semplificazione e sistema informativo:** nel 2016 si darà priorità ai seguenti interventi:
  - sviluppo di supporti tecnologici per la condivisione dei Piani Assistenziali Individuali,
  - trasmissione dei documenti amministrativi per la gestione del percorso del paziente cronico (ad es. esenzioni, Piani Terapeutici, richieste protesica, ecc.),
  - facilitazioni per l'accesso dei pazienti alle prestazioni previste nel PAI ottimizzando la gestione delle agende sanitarie per le prenotazioni.
- **Comunicazione**: parallelamente agli interventi programmati a livello regionale, si dà mandato alle ASST e alle ATS di realizzare, nell'ambito dei Piani di comunicazione aziendali strutturati, azioni di comunicazione congiunte rivolte a diversi target (operatori sanitari, sociosanitari, cittadini, Comuni, organismi del Terzo Settore, media, ecc.), finalizzate a:
  - diffondere tra i cittadini l'informazione sui percorsi di cura offerti dalla rete dei servizi per la cronicità per promuovere la cultura dell'appropriatezza, l'*empowerment* e il *self management* del paziente;
  - diffondere tra medici e operatori sanitari e sociosanitari, nell'ambito della rinnovata rete d'offerta per la cronicità, una cultura professionale orientata alla presa in carico proattiva, la personalizzazione dei piani di cura e la definizione di obiettivi di salute.

- **Formazione**: parallelamente agli interventi programmati a livello regionale, si dà mandato alle ASST e alle ATS di sviluppare congiuntamente attività formative relative alla cronicità, mirate alla presa in carico e la gestione delle risposte a favore della persona con problematiche di cronicità e della sua famiglia e caratterizzate da una valenza multidisciplinare e trasversale ai ruoli, assicurando una programmazione integrata e sinergica tra le diverse Unità d'Offerta e servizi oggi presenti sul territorio, coerente coi rispettivi livelli di attività.
- **Revisione organizzativa della rete d'offerta:** nel 2016 saranno implementate o estese modalità di presa in carico e di gestione delle risposte innovative, ivi compreso il "Fondo a sostegno della famiglia e i suoi componenti fragili", del paziente cronico e fragile e della famiglia, a partire dalle varie progettualità o iniziative in corso e dall'inevitabile risorsa che l'integrazione del sistema sanitario e sociosanitario rappresenta, finalizzate a un buon coordinamento dei percorsi di presa in carico, cura e assistenza.

I progetti innovativi riguardano i seguenti modelli organizzativi:

1. Cooperative di MMG;
2. Presidi Ospedalieri Territoriali (POT) e PreSST;
3. Percorsi ospedalieri per i pazienti cronici;
4. Sperimentazione tariffa di presa in carico per il paziente dializzato;
5. Unità d'offerta e servizi sociosanitari;
6. Farmacia dei servizi.

1) <u>COOPERATIVE DI MMG</u>

In attuazione della D.G.R. n. X/2989/2014, nel 2015 è stata autorizzata con DDG n. 2287/2015, sulla base delle manifestazioni di interesse pervenute dalle ASL, l'estensione della sperimentazione CReG ai seguenti nuovi ambiti territoriali: ASL Milano 1, ASL Varese, ASL Cremona, ASL Monza e Brianza, ASL Sondrio. A seguito di Avviso pubblico indetto dall'ASL Milano 1 e della relativa procedura di valutazione, sono stati dichiarati idonei 14 progetti presentati da parte di 12 Enti Gestori, per un totale di 493 nuovi MMG, e una previsione di circa 80.000 nuovi pazienti arruolati nel CReG. Per il 2016 si stima che la sperimentazione CReG con le Cooperative di MMG, coinvolga un numero complessivo di circa 150.000-180.000 pazienti, a livello regionale.

Si forniscono nel seguito indicazioni per l'ulteriore sviluppo della sperimentazione CReG nel 2016.

- **Arruolamenti e riclassificazione**

  Arruolamento di nuovi pazienti negli ambiti territoriali già individuati, in particolare:
  - ambiti territoriali delle 5 ASL coinvolte nella prima fase di sperimentazione CReG (ASL Milano, Milano 2, Como, Lecco, Bergamo),
  - ambiti territoriali delle 5 ASL entrate nella seconda fase di sperimentazione (ASL Varese, Sondrio, Cremona, Milano 1 e Monza Brianza).

  Per gli assistiti che afferiscono agli ambiti territoriali sopra definiti, si procede alla classificazione (o riclassificazione nel caso degli ambiti delle 5 ASL della prima fase) dei pazienti "arruolabili" sulla base dei criteri di identificazione dei pazienti cronici approvati con DDG n. 3061 del 17.4.2015.

- **Contratti coi Gestori CReG**

  - **Le regole per la sperimentazione CReG restano quelle in essere nel 2015** e, in particolare, le modalità di remunerazione sono quelle già condivise nei Contratti stipulati nel 2015, e stabilite con D.G.R. n. X/3993 del 4 agosto 2015.
  - In considerazione del fatto che uno degli obiettivi della sperimentazione consiste nella verifica sul campo della congruità delle Tariffe CReG, la DG Welfare si riserva eventuali adeguamenti tariffari, qualora ne emergesse la necessità a seguito di opportuni approfondimenti.
  - Per gli ambiti della prima fase di sperimentazione, si prevede la sottoscrizione di **Contratti provvisori** per il periodo 1° Gennaio 2016 - 30 Aprile 2016, secondo le regole e modalità di remunerazione già in vigore ai sensi della D.G.R. n. X/3993 del 4 agosto 2015, al fine di consentire la valorizzazione definitiva dei "Delta" 2015.
  - Entro il **30 Aprile**, le ATS dovranno procedere al **rinnovo dei contratti** per l'intera annualità.
  - Per gli ambiti territoriali della seconda fase di sperimentazione, essendosi conclusa nel 2015 la procedura pubblica di identificazione dei Gestori "idonei" è possibile procedere entro il 30 Gennaio 2016, alla stipula dei Contratti per l'affidamento della sperimentazione alle Cooperative di MMG secondo le disposizioni vigenti.
  - La definizione del budget da assegnare ai Gestori CReG segue le determinazioni della D.G.R. n. X/2989/2014 (Regole 2015): fondo CReG da costituire nella negoziazione dei contratti con gli erogatori di prestazioni ambulatoriali e "budget virtuale" da assegnare ai Gestori CReG.
  - Per effetto della transizione delle ASL verso le nuove ATS, è necessario che le ATS interessate procedano all'adeguamento degli accordi contrattuali coi Gestori CReG, anche considerando la ridefinizione dei perimetri aziendali.

- **EPA, PAI e Flussi informativi**

- Aggiornamento dell'Elenco delle Prestazioni Attese (EPA), in capo alla DG Welfare, sulla base dei Piani Assistenziali Individuali (PAI) programmati nei primi anni di sperimentazione;

- Revisione dei contenuti del tracciato PAI e dei Flussi Informativi, ed eventuale adeguamento del debito informativo specifico.

- **CReG e prestazioni in Telemedicina**

- Il documento *"Proposta di indicazioni operative per l'uso di strumenti di telemedicina a supporto delle cure primarie nella sperimentazione CReG"* (Sub Allegato 13 al presente provvedimento) fornisce indicazioni in merito alle prestazioni che possono essere rese presso gli studi dei MMG in telemedicina o direttamente dal MMG adeguatamente professionalizzato, secondo la D.G.R. n. X/2989 del 23.12.2014 ex Allegato B) Sub Allegato 7.
- Tali prestazioni rientrano nell'attività ambulatoriale direttamente erogata dal Gestore e non saranno quindi remunerate a parte, in quanto già implicitamente valorizzate nell'ambito dell'attuale sistema di remunerazione CReG a Delta, secondo le determinazioni vigenti (l'assenza della prestazione nel Flusso 28-San comporta di fatto un incremento del Delta).

- **Altre disposizioni**

  Nel corso del 2016, sulla base dei dati raccolti nel CReG, la DG Welfare provvederà:

- ad aggiornare il sistema di valutazione del rischio di progressione delle patologie croniche, per ogni classe CReG, mediante l'applicazione di modelli statistici ai dati del *Data Warehouse* regionale;

- ad implementare una classificazione CReG semplificata in funzione del livello di gravità/complessità della malattia, che condiziona bisogni e relativi *setting* di cura.

  Le ATS devono programmare eventi di **formazione** sul modello CReG rivolti ai MMG e al personale specialistico delle strutture erogatrici.
  Le ATS devono valutare il grado di **soddisfazione dei pazienti** arruolati nel CReG e il livello di soddisfazione dei MMG che partecipano al CReG, e inviare un report con i risultati alla DG Salute.

2) PRESIDI OSPEDALIERI TERRITORIALI (POT) E PreSST

La l.r. 11 Agosto 2015 n. 23, all'Art. 7, ha individuato i POT della Rete Territoriale delle costituende ASST quali sedi privilegiate, insieme ai Presidi Socio Sanitari Territoriali (PreSST), per l'esercizio della medicina di iniziativa nei confronti delle cronicità e delle fragilità, stabilendo che le stesse ASST gestiscano i POT direttamente o mediante accordi con altri erogatori accreditati, e che tali presidi siano preferibilmente organizzati in collegamento funzionale con le Unità Complesse di Cure Primarie.
In tale ambito, si ritiene prioritario che le costituende ATS e ASST assumano come obiettivo prioritario lo **sviluppo e il consolidamento delle sperimentazioni POT**, avviate in una prima fase con quattro progetti sperimentali (D.G.R. n. X/2837/2014: POT di Sant'Angelo Lodigiano, POT di Somma Lombardo, Poliambulatori di via Farini e di via Livigno a Milano, Istituti Clinici di Perfezionamento a Milano, e POT di Soresina dell'AO di Crema) e in una seconda fase con il finanziamento di sette ulteriori progetti (D.G.R. n. X/2930/2014).

Dalla ricognizione sullo stato d'avanzamento dei progetti POT ammessi al finanziamento con D.G.R. n. X/2837/2014, emerge un quadro disomogeneo con POT avviati, organizzativamente presidiati e in linea con i progetti attuativi, e situazioni in cui non è stata ancora avviata la fase esecutiva del progetto.

Si ritiene indispensabile consolidare le esperienze più avanzate e dare un impulso alle restanti situazioni in modo da allineare i livelli di sperimentazione.

La D.G.R. n. X/4191 del 16.10.2015 fornisce ulteriori **indicazioni e strumenti** per sviluppare le sperimentazioni in atto e costituisce per il 2016 uno strumento di lavoro per dare impulso alla attività dei POT.

In particolare si richiamano le indicazioni relativamente a:

- modalità di classificazione dei pazienti cronici presi in carico nel POT (Codici CReG-POT) e definizione delle tariffe CReG-POT a remunerazione del percorso di cura per i Codici CReG-POT in sperimentazione, da sottoporre a calibrazione e validazione prospettica nell'ambito della sperimentazione;
- contenuti dei contratti da stipulare tra AO e ASL per le attività di presa in carico del paziente, che stabiliscono, tra l'altro, le modalità di remunerazione;
- contenuti degli accordi tra AO e MMG per le attività erogate a favore dei pazienti cronici presi in carico dal POT;
- prime indicazioni per lo svolgimento della attività sanitaria in regime residenziale presso i POT.

Si precisa che la remunerazione per le attività rese ai pazienti arruolati e "presi in carico" nel POT sarà basata sul sistema "a Delta" definito dall'art. 7 dello "*Schema-tipo di Contratto integrativo fra ASL ed erogatore per la gestione dei pazienti cronici nell'ambito delle attività erogate dal POT",* approvato con la sopra citata D.G.R. X/4191/2015, al quale si rimanda.

In particolare, in analogia con la sperimentazione CReG delle Cure Primarie, la remunerazione è costituita dalla differenza (Delta) tra il budget assegnato (sommatoria delle Tariffe CReG-POT per ogni paziente preso in carico) e il totale dei costi (ambulatoriale, farmaci escluso File F, ricoveri ospedalieri di area medica, ricoveri subacuti, riabilitazione) riferiti ai periodi di effettiva presa in carico, al netto delle attività di valutazione e controllo da parte delle ASL/ATS. Come precisato nel medesimo art.7, in caso di Delta ≤ zero (o di Delta inferiore alla somma delle valorizzazioni dei PAI), verrà comunque riconosciuta una quota di valorizzazione del PAI pari ad € 25,00 per ciascun paziente.

Sarà attivato un **gruppo di lavoro** con i referenti dei POT per monitorare costantemente l'evoluzione della sperimentazione e di concerto definire i criteri del sistema informativo e gestionale e valutare l'opportunità di rendere disponibile il gestionale e/o integrare gli applicativi già in uso nelle singole aziende.

Nel corso del 2016 si prevede di accompagnare e sostenere le sperimentazioni POT con l'organizzazione di mirati **eventi formativi** sulle seguenti tematiche:

- analisi e confronto delle esperienze realizzate e delle "best practices";
- strategia di comunicazione aziendale da sviluppare a supporto dell'avvio, gestione e sviluppo del POT;
- fabbisogno informativo nella gestione del POT ed i conseguenti supporti tecnologici.

Si dà infine mandato alla DG Welfare di individuare e proporre modalità operative per l'ampliamento della sperimentazione POT in ambito privato, in **collaborazione con erogatori privati accreditati**.

3) PERCORSI OSPEDALIERI PER I PAZIENTI CRONICI

A partire da esperienze di presa in carico e continuità assistenziale ospedale-territorio già sviluppate e messe a sistema in ambito specialistico (Nuove Reti Sanitarie), e da esperienze di remunerazione a percorso per la gestione della cronicità già sperimentate o in sperimentazione nelle Cure Primarie o nell'ambito dei POT (CReG-MMG, CReG-POT), si darà corso a nuove progettualità dedicate alla presa in carico e alla tariffazione a percorso per pazienti ad elevata complessità clinico-assistenziale.

A sostegno di tale sperimentazione la DG Welfare:

- promuoverà e condurrà studi per la messa a punto di metodi per l'identificazione e la stratificazione del paziente ad alta complessità clinico-assistenziale;
- disegnerà e avvierà una sperimentazione di presa in carico e remunerazione a percorso omnicomprensiva da effettuare presso **4 unità operative specialistiche ospedaliere** (accreditate pubbliche e private) per i pazienti ad alta complessità clinico-assistenziale, finalizzata alla riduzione degli accessi al PS e al miglioramento della gestione clinica e assistenziale del paziente.

4) SPERIMENTAZIONE TARIFFA DI PRESA IN CARICO PER IL PAZIENTE DIALIZZATO

L'insufficienza renale in terapia sostitutiva dialitica rappresenta una condizione ad elevata complessità clinica con un impatto sostanziale sulla salute della popolazione e sulla spesa sanitaria. In tale condizione si osserva una ampia variabilità di gestione con potenziale margine di miglioramento verso l'erogazione di cure più appropriate, coordinate e personalizzate, a parità di spesa sanitaria.

Un approccio di remunerazione che supera il pagamento a singola prestazione, portando ad una transizione verso la remunerazione ad 'episodio di cura' o a 'percorso', eventualmente associato ad un meccanismo di incentivo delle cure di qualità, ha il potenziale di dare impulso a cure di qualità e all'equilibrio della spesa sanitaria.

Nel corso del 2015 si è proceduto a definire un 'budget di cura' per la presa in carico del paziente con insufficienza renale in terapia dialitica e relativa modalità di remunerazione (Sub Allegato 14 "*Remunerazione Assistenza Dialisi Lombardia*"), e a disegnare un sistema di monitoraggio finalizzato a dare impulso a cure di qualità e a migliorare la presa in carico e la salute dei pazienti, senza aumento della spesa sanitaria.

Per il 2016 si dà mandato alla DG Welfare di:

- sviluppare un sistema di monitoraggio della qualità delle cure e degli esiti clinici dei pazienti dializzati, derivante dall'integrazione dei flussi amministrativi eventualmente anche con flussi di laboratorio e di reti di patologia, secondo le linee guida riportate nel sub allegato;
- avviare una sperimentazione di 12 mesi su Centri Dialisi pilota (riportati nel sub allegato) per poter valutare l'impatto della nuova modalità di remunerazione;
- verificare l'impatto della sperimentazione sugli indicatori di qualità ed esito a 6 e 12 mesi, utilizzando come confronto i dati storici dei centri partecipanti anche rispetto ai centri che non partecipano alla sperimentazione, secondo le modalità riportate nel sub allegato.

5) UNITÀ D'OFFERTA E SERVIZI SOCIOSANITARI- RSA – CDI-ADI- RSA APERTA-RESIDENZIALITA' LEGGERA/ASSISTITA

La rete delle Unità d'offerta sociosanitarie andrà, nel corso del 2016, ad integrarsi con il sistema e le reti sanitarie. Tale integrazione costituisce un valore aggiunto nella presa in carico e nella gestione delle problematiche poste dalle persone anziane non autosufficienti. Nel garantire le attività oggi in essere da parte delle Unità d'offerta tradizionali si riconferma la scelta, contenuta nella istituzione del Fondo Famiglia, di sviluppare un utilizzo maggiormente appropriato e flessibile delle stesse unità d'offerta, in una logica di sostegno alla dimensione di cura assicurata dalle famiglie ai loro congiunti "fragili". In tale logica trovano un consolidamento e un coerente sviluppo nel 2016 anche a seguito di una puntuale verifica dei risultati ottenuti, le misure RSA aperta e residenzialità leggera/assistita, rivolte alle persone anziane e introdotte nella rete dei servizi quale elemento innovativo nonché quelle oggi assicurate nell'area delle sperimentazioni.

In particolare per quanto riguarda:

- **Assistenza post acuta domiciliare**: sarà definito uno specifico profilo nell'ambito dell'Assistenza domiciliare integrata entro il 31maggio 2016. Fino ad allora sono garantite le attività in essere. Le risorse destinabili nel periodo sono pari a euro 1.300.000 massimo, già nella disponibilità dei bilanci delle ex ASL
- **RSA aperta**: prosegue secondo quanto indicato con D.G.R. n. 2942/2014 anche per il 2016 definendo, sulla base degli utenti attualmente presi in carico e alla luce dei dati di monitoraggio, un complessivo onere, su base annua, pari a euro 35.000.000

- **Residenzialità leggera/assistita**: prosegue, così come definito nella citata D.G.R. n.2942/2014, in termini sia di valutazione delle fragilità degli utenti, sia di prestazioni a carico dei gestori e della relativa valorizzazione economica. Tale misura ricomprende quanto previsto per la "**Residenzialità dei religiosi"** come già stabilizzata ai sensi della D.G.R. 4086/2015. Alla luce dei dati relativi al monitoraggio si ritiene di definire un onere complessivo, su base annua, pari a euro 4.750.000 di cui 3.000.000 per residenzialità leggera/assistita per religiosi.

6) <u>FARMACIA DEI SERVIZI</u>

Con il D.Lgs. 153/2009 sono stati assegnati alla farmacia nuovi compiti assistenziali, tra i quali:
- la partecipazione al servizio di assistenza domiciliare integrata;
- la consegna di farmaci a domicilio;
- prenotazione di visite ed esami e pagamento dei ticket;
-la collaborazione delle farmacie ad iniziative finalizzate a garantire il corretto utilizzo dei medicinali prescritti e il relativo monitoraggio, a favorire l'aderenza dei malati alle terapie mediche, anche attraverso la partecipazione a specifici programmi di farmacovigilanza;
- la messa a disposizione di operatori sanitari e socio-sanitari;
- l'erogazione di prestazioni di telemedicina;
- gli screening di prevenzione.

Il Patto per la Salute, sancito tra Governo e Regioni il 10 luglio 2014, conferma il valore di tale impostazione normativa, individuando la farmacia come soggetto idoneo ad agevolare gli "interventi per il riassetto organizzativo e strutturale della rete dei servizi di assistenza ospedaliera e territoriale".
Le farmacie possono quindi costituire un valido supporto nel processo di trasferimento di competenze al territorio e di riorganizzazione delle reti, con il vantaggio di poter offrire servizi in economia di scala e con un idoneo livello di qualità.

La DG Welfare nel corso del 2016, valutando i servizi necessari sul territorio, provvederà alla specifica attivazione del progetto "Farmacia dei Servizi", considerando che tra i costi cessanti (esempio attività distrettuali e la riduzione di accessi alle prestazioni specialistiche, diagnostiche e alle strutture ospedaliere) e i costi sorgenti (remunerazione delle farmacie) il sistema garantisca l'equilibrio.

4.9.1. LINEE GUIDA PER LA GESTIONE DEI TRASPORTI SANITARI SEMPLICI DI SOGGETTI NEFROPATICI SOTTOPOSTI A SEDUTE DIALITICHE E AGGIORNAMENTO DELLE RELATIVE TARIFFE DI RIMBORSO.

Il trasporto dei pazienti dal domicilio presso i Centri Dialisi per il trattamento dialitico ha formato oggetto, nel corso degli anni (1987-2009), di vari interventi normativi e amministrativi con l'affermazione di prassi regolatorie piuttosto disomogenee.

Pur non disconoscendo la qualità del servizio sinora complessivamente assicurato, si è ritenuto necessario definire, in tale ambito, regole e metodi uniformi e potenzialmente idonei a mantenere e ad elevare lo standard erogativo in un quadro di razionalizzazione dei costi e di controllo delle prestazioni contenuti nel

Sub Allegato 15 "Linee guida per la gestione dei trasporti sanitari semplici di soggetti nefropatici sottoposti a sedute dialitiche e aggiornamento delle relative tariffe di rimborso".

4.10. AVVIAMENTO DEL RIORDINO DEL SISTEMA EMERGENZA/URGENZA: PRIME INDICAZIONE RELATIVE ALLA APPLICAZIONE DEL DM 70

In previsione delle disposizioni relative agli adempimenti derivanti dal DM 70 (standard ospedalieri) nel corso del 2016 si procederà alla riorganizzazione della rete della emergenza urgenza.
La riclassificazione sarà sostenuta da una approfondita analisi di tutti i punti della rete di offerta che dovranno essere caratterizzati da indicatori strutturali (discipline e attività) e organizzativi (guardie attive e reperibilità).
In forte integrazione con la riclassificazione dei punti di offerta (PS, DEAI e DEAII) la riorganizzazione dovrà inoltre prevedere l'identificazione dei nodi delle reti tempo dipendenti (stroke, STEMI, Traumi, etc.).
La partecipazione piena dei nodi alle reti tempo dipendenti costituirà il principale *driver* per il riconoscimento economico della specifica funzione.

4.10.1. MIGLIORAMENTO DELL'ATTIVITÀ DI SOCCORSO E ASSISTENZA AI PAZIENTI IN CONDIZIONI CLINICHE DI URGENZA

Il fenomeno del sovraffollamento periodico dei Pronto Soccorso (PS), dei Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (DEA) di primo livello e di Alta Specialità (EAS), definito nella letteratura scientifica *"overcrowding",* si concretizza in una situazione nella quale le richieste per i servizi di emergenza superano le risorse disponibili per la cura dei pazienti in PS, in ospedale o in entrambi. I picchi di sovraffollamento si possono presentare sia nei PS delle aree metropolitane dotati di una pluralità di offerta di Presidi ospedalieri iper-specialistici, sia nei contesti rurali o montani.
Il sovraffollamento periodico dei PS/DEA/EAS è un problema rilevante che impatta sulla qualità dell'offerta sanitaria, in termini di sicurezza, di qualità delle cure e di benessere psicofisico degli operatori, che richiede una risposta diversificata attraverso la sperimentazione di iniziative e di soluzioni organizzative integrate e innovative.
Per affrontare efficacemente le situazioni di criticità determinate dall'iper-afflusso dei pazienti nei PS, Regione Lombardia con la D.G.R. n. X/2933 del 19/12/2014 ha sperimentato una modalità organizzativo-gestionale flessibile che ha previsto la possibilità di un temporaneo ampliamento del contingente di posti letto, inizialmente per le Strutture sanitarie afferenti all'area metropolitana milanese (ambiti territoriali: ASL di Milano, ASL della Provincia di Milano 1, ASL della Provincia di Milano 2, ASL della Provincia di Monza e Brianza). Allo scopo la delibera ha approvato, tra gli altri, un documento di linee guida contenente *"Indicazioni per la sperimentazione di un modello di ampliamento temporaneo del contingente di posti letto dell'area metropolitana milanese durante i periodi di iper-afflusso ai PS"*.
A fronte del positivo impatto che tale modalità organizzativa ha generato, nel 2016, si intende allargare la sperimentazione della possibilità di fare ricorso a un temporaneo allargamento del contingente di posti letto, coinvolgendo le Strutture sanitarie pubbliche di tutto il territorio regionale dotate di PS/DEA/EAS. Le risorse stanziate per il 2016, ammontano fino a un massimo di 4 milioni di euro.
Le modalità operative per l'attivazione della misura a contrasto del temporaneo sovraffollamento dei PS, sono quelle indicate dalla D.G.R. n. X/2933/2014, così come le modalità di rendicontazione a consuntivo.
Il numero massimo di giornate di ampliamento dei posti letto pro tempore per ogni singola Struttura, non può essere superiore a 40 giorni/anno, compreso il ripristino della situazione di normalità, pena il non riconoscimento delle risorse a copertura delle spese per le giornate aggiuntive.

4.11. INTERVENTI PER IL MIGLIORAMENTO DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA

4.11.1. IN AMBITO DI DIAGNOSTICA STRUMENTALE

Si ritiene indispensabile anche per il 2016 garantire il proseguimento degli interventi per migliorare l'appropriatezza di erogazione delle prestazioni e per prevenire e controllare fenomeni di improprio assorbimento di risorse da parte di prestazioni non necessarie ed a volte dannose.

In particolare proseguiranno le azioni intraprese con particolare attenzione alla verifica dei risultati a seguito delle condizioni di erogabilità introdotte. Si procederà inoltre ad ampliare la sperimentazione in atto finalizzata a facilitare l'inserimento delle condizioni di erogabilità da parte dei prescrittori attraverso degli specifici adeguamenti dei software in uso.

Si evidenzia sin da ora che:

- al termine dei lavori del "Gruppo Approfondimento Tecnico per l'identificazione dei criteri di appropriatezza delle prestazioni di Endoscopia", istituito con nota DG Salute prot. n. H1.2015.19408 del 29 giugno 2015, si forniscono raccomandazioni generali sull'appropriatezza della prescrizione delle procedure endoscopiche di esofagogastroduodenoscopie (EGSD) e colonscopie. Per il contenuto tecnico si rinvia al documento *"Appropriatezza EGSD e Colonscopia",* che si ritiene approvato come parte integrante del presente atto di Giunta (Sub Allegato 16 "*Appropriatezza EGSD e Colonscopia"*);
- con il coinvolgimento delle società scientifiche e con lo stesso metodo sin ora utilizzato si procederà nel 2016 alla definizione di criteri di appropriatezza per le principali prestazioni dell'area cardiologica.

4.11.2. IN AMBITO DI MEDICINA DI LABORATORIO

In ambito di miglioramento della appropriatezza prescrittiva ed erogativa per le prestazioni di Medicina di Laboratorio, anche in conformità a quelli che sono gli indirizzi nazionali in corso di approvazione, si definiscono le indicazioni riportate al Sub Allegato 17 "Medicina di laboratorio" **,** le cui previsioni entrano in vigore a decorrere dal 1 marzo 2016.

4.12. AREA FARMACEUTICA

4.12.1. FARMACI PER ONCOLOGIA E ONCOEMATOLOGIA

Negli ultimi 10 anni, la disponibilità in ambito onco-ematologico e oncologico di nuovi farmaci e schemi terapeutici hanno reso possibile importanti miglioramenti sia della sopravvivenza sia della qualità della vita dei pazienti. Queste maggiori opportunità sono indirizzate da specifiche indicazioni degli organi regolatori finalizzate a garantire nella pratica clinica l'utilizzo degli schemi terapeutici riportati negli studi registrativi e, in termini di appropriatezza prescrittiva, il clinico non può apportare modifiche di posologia, in assenza di tossicità o di patologie invalidanti**,** o di schema terapeutico.
Al fine di garantire un continuo miglioramento della gestione clinica del paziente, si dispone che sperimentalmente in ambito oncoematologico e a partire dal 01.01.2016 siano a carico del SSL schemi sistematici di terapia utilizzati nel rispetto delle indicazioni terapeutiche di EMA e AIFA relativamente ai

farmaci inclusi nelle combinazioni e al setting dei pazienti nei quali vengono adottati - anche nel caso in cui sia modificata la posologia o la schedula temporale. Gli schemi terapeutici devono presentare lo stesso profilo di efficacia e sicurezza dello schema iniziale, essere confermati e sostenuti da letteratura scientifica qualificata e non comportare costi aggiuntivi.

Al fine di un'applicazione omogenea sul territorio, la proposta di schema di terapia che interviene sulla posologia e la tempistica di somministrazione dovrà essere sottoposta preventivamente dal clinico alla valutazione del Comitato Esecutivo della REL e essere opportunamente avvalorata e formalizzata dalla DG Welfare al fine di dare attivazione alla stessa anche ai fini di rendicontazione in File F, una volta anche ottenuto il parere positivo del sistema Registri AIFA, nel rispetto degli accordi negoziali.

In relazione agli esiti si prevede la possibile estensione della sperimentazione anche al più ampio ambito oncologico con il coinvolgimento della ROL.

4.12.2. MALATTIE RARE E EROGABILITÀ A CARICO DEL SSR

Le Delibere della Giunta Regionale Lombarda, n. 1185 del 2014 e n. 2989 del 2015, hanno voluto:

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

- disporre la possibilità da parte di uno specialista che opera in un Presidio della Rete Malattie Rare di prescrivere un farmaco off-label, inserendolo nel Piano Terapeutico, rispettando specifiche disposizioni.

In specifiche **malattie rare esenti**, dove non sono disponibili farmaci o oltre ai farmaci sono necessari approcci terapeutici diversi (es. dispositivo medico, integratore alimentare, prodotti da banco), lo specialista che opera nel Presidio di riferimento per una determinata malattia rara può proporre a carico del SSR l'impiego di dispositivi, integratori, prodotti destinati ad una alimentazione particolare o prodotti da banco se gli stessi sono inclusi nei PDTA condivisi a livello regionale.

Nei casi in cui non sia disponibile un PDTA, gli eventuali approcci terapeutici non farmacologici dovranno essere esplicitati in protocolli concordati tra Presidi di riferimento, ATS e Centro di Coordinamento.

Si ricorda altresì che l'erogazione dei prodotti destinati ad una alimentazione particolare inclusi nello specifico elenco Ministeriale, rientra già nei livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA) per le persone affette da malattie metaboliche congenite.

Aggiornamento della rete regionale per le malattie rare

Si richiama il D.M. 279/2001 "*Regolamento di istituzione della rete nazionale delle malattie rare e di esenzione dalla partecipazione al costo delle relative prestazioni sanitarie" ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lettera b) del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124".*

La D.G.R. n. 3350 del 1.04.2015 *"Aggiornamento della rete regionale delle malattie rare"* stabilisce che "*l'aggiornamento della Rete regionale delle malattie rare avverrà entro il 31 dicembre 2015".*

In considerazione delle modifiche apportate dalla l.r. 23/2015 alla l.r. n. 33/2009 e dei conseguenti cambiamenti all'assetto del Sistema sociosanitario lombardo (SSL) previsti per l'anno 2016, si dispone di

modificare, aggiornando, il termine dell'aggiornamento complessivo della Rete regionale delle malattie rare al 15.2.2016.

4.12.3. RSA – RSD E NUTRIZIONE ARTIFICIALE

Al fine di garantire sul territorio lombardo, l'accesso alle terapie ai malati rari, uniformando i diversi comportamenti sul territorio, si dispone quanto segue, superando e aggiornando le indicazioni regionali date nel corso degli anni.

Premesso che la nutrizione artificiale (NA) è una procedura terapeutica mediante la quale è possibile soddisfare integralmente i fabbisogni nutrizionali di pazienti altrimenti non in grado di alimentarsi sufficientemente per la via naturale e che il trattamento di NA risulta indicato nelle seguenti condizioni:
1) presenza di malnutrizione;
2) "rischio" di malnutrizione;
3) presenza di ipercatabolismo.
in una quota assai più limitata di pazienti l'indicazione alla NA nasce per l'esigenza di mantenere un "riposo intestinale" o per somministrare substrati che sono importanti per il supporto metabolico di organi o apparati il cui trofismo è cruciale per la sopravvivenza in condizioni critiche particolari (cosiddetta Farmaconutrizione), si dispone che a partire dal 01.01.2016 la NA sia garantita in modo uniforme dalle ATS (per i primi 3 mesi del 2016 e poi ASST) agli assistiti in RSA e in RSD che abbiano avuto specifica prescrizione medica specialistica.

Nel corso del 2016 la DG Welfare, con il supporto degli operatori, disporrà un documento di indirizzo sul territorio volto anche a definire un prontuario unico dei prodotti erogabili a carico del SSR

4.12.4. FARMACEUTICA, ASSISTENZA INTEGRATIVA E DIETETICA

Promozione della prescrizione farmaci equivalenti e biosimilari

Si richiamano:

- la D.G.R. 2989/2014, che ha disposto che "al fine di rispettare i vincoli di risorse stabiliti dalla normativa nazionale e gli obiettivi economici assegnati a ciascuna ASL per la farmaceutica territoriale, rappresenta obiettivo prioritario per l'anno 2015 la promozione sul territorio della prescrizione di farmaci a brevetto scaduto (farmaci equivalenti)….., a tale obiettivo devono concorrere anche le strutture ospedaliere che con la parte specialistica "inducono" la prescrizione sul territorio. Per le ASL, relativamente a specifiche categorie di farmaci comprendenti specialità medicinali a base di principi attivi non coperti da brevetto per le quali, essendo inserite nelle liste di trasparenza, sono disponibili prodotti equivalenti, un mix ottimale tra i principi attivi, al fine di raggiungere entro dicembre 2015 come obiettivo medio regionale il 82% in termini di percentuale di DDD di farmaci a brevetto scaduto sul totale delle DDD prescritte, a costanza di prescrizioni".
- la D.G.R. n. 3993/2015 che sulla base di dati derivanti dall'analisi e dal monitoraggio condiviso con gli operatori delle ASL, che sono inviati mensilmente alle stesse e con i quali si individua, per alcune categorie terapeutiche al IV livello ATC che comprendono specialità medicinali a base di principi attivi non coperti da brevetto per i quali sono disponibili prodotti equivalenti, ha individuato

obiettivi vincolanti per singola ASL da raggiungere entro dicembre 2015,anche al fine di rispettare l'obiettivo complessivo sui farmaci equivalenti.

Ciò premesso, alla luce anche del riordino di cui alla legge n. 23/2015, confermando che è a carico delle ATS il governo e monitoraggio della spesa e dell'appropriatezza in materia di farmaceutica, e che rimane come responsabilità la prescrizione da parte delle unità d'offerta pubbliche (ASST) e delle strutture private accreditate, entro il **31.01.2016** saranno aggiornati gli obiettivi per ATS e ASST in merito alla promozione sia dei farmaci equivalenti e dei farmaci biosimiliari.
Si confermano , come obiettivi vincolanti sia per le ATS e ASST /Fondazioni, anche per l'anno 2016 quelli individuati nelle D.G.R. n. 2989/2014 per l'anno 2015.

Indicazioni in merito al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva

Come già indicato nella D.G.R. n. 3993/2015, La DG Welfare conferma le seguenti aree di intervento, sulle quali i professionisti (clinici, farmacisti, ecc.) si confronteranno al fine di produrre specifici documenti condivisi.

HIV: la DG Welfare, d'intesa con il Gruppo di lavoro già costituito, dovrà identificare le percentuali obiettivo delle giornate di terapia erogate per le molecole che nel breve/medio periodo perderanno il brevetto, al fine di verificare il non abbandono d'uso di molecole e i cambi di terapia.

HBV: la DG Welfare attiverà entro marzo 2016 un gruppo di approfondimento tecnico sull'HBV, al fine di sviluppare ed implementare un percorso diagnostico terapeutico per una migliore gestione e presa in carico dei pazienti HBV positivi. Con un successivo provvedimento della Direzione verranno identificati i presidi ospedalieri in cui possano essere prescritti/erogati i farmaci antivirali, secondo criteri oggettivi, coerenti e condivisi.

ARTRITE REUMATOIDE E PSORIASI: la DG, tenuto conto anche dal Gruppo di Approfondimento Tecnico già esistente, provvederà ad attivare un gruppo di lavoro ristretto per l'artrite reumatoide e per la psoriasi nelle loro forme, al fine di razionalizzare secondo criteri oggettivi e coerenti, le strutture eroganti e la spesa. Tra gli obiettivi che saranno assegnati al gruppo di lavoro si identificano come prioritari l'identificazione e l'aggiornamento dei presidi ospedalieri per la prescrizione/erogazione dei farmaci biologici, secondo criteri oggettivi e coerenti.

MACULOPATIE: la DG Welfare attiverà entro marzo 2016 un gruppo di approfondimento tecnico sulla Maculapatia, al fine di sviluppare ed implementare un percorso diagnostico terapeutico per una migliore gestione e presa in carico dei pazienti.

NOTA AIFA 39: entro marzo 2016 è prevista, in ottemperanza alla nota AIFA 39, l'adozione da parte del registro nazionale degli assuntori dell'ormone della crescita, per permettere alla Commissione Regionale una valutazione sia dell'impatto epidemiologico della patologia che dell'appropriatezza prescrittiva dell'ormone somatotropo.

Nel corso del 2016 DGW prevede di attivare il Progetto su indicatori di appropriatezza della prescrizione farmaceutica, in collaborazione con AIFA per il rapporto OSMED.

Farmaci ad alto costo con registro AIFA

Si conferma come obiettivo per l'anno 2016, sia per le ATS che per le ASST, IRCCS pubblici, privati e case di cura convenzionate a contratto, il controllo della prescrizione/erogazione in File F dei farmaci con scheda AIFA, indipendentemente dalla tipologia di rendicontazione (5, 2, 1 o 18) così suddiviso:

- farmaci per HCV: 100%, con presenza del dato di targatura nel File F per ogni confezione erogata;
- farmaci oncologici: 85%.

Nel corso del 2016 si costituirà il gruppo di lavoro per i farmaci sottoposti a monitoraggio AIFA, sia per fornire una migliore assistenza agli utenti medici/farmacisti sia per valutare l'impatto dei nuovi farmaci nel sistema regionale

Produzione nazionale di sostanze di preparazioni di origine vegetale a base di cannabis

Si riporta qui oltre quanto indicato nell'allegato tecnico al Decreto Ministeriale 9 novembre 2015 (Funzioni di Organismo statale per la cannabis previsto dagli articoli 23 e 28 della convenzione unica sugli stupefacenti del 1961, come modificata nel 1972 per la produzione nazionale di sostanze ne preparazioni di origine vegetale a base di cannabis).

1) Produzione

La produzione nazionale di sostanze e preparazioni di origine vegetale a base di cannabis verrà effettuata secondo le indicazioni del presente Allegato, in conformità alle convenzioni internazionali in materia di sostanze stupefacenti o psicotrope recepite con leggi nazionali, alla normativa europea in materia di sostanze attive ad uso umano, alla normativa nazionale in materia di prescrizioni mediche magistrali e relativi medicinali preparati in farmacia e alle disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.

La fase di Progetto Pilota nazionale avrà la durata di ventiquattro mesi a decorrere dalla pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale del decreto che individua le funzioni di Organismo statale per la cannabis previsto dagli articoli 23 e 28 della convenzione unica sugli stupefacenti del 1961, come modificata nel 1972 di cui il presente allegato costituisce parte integrante. La fase di Progetto Pilota prevede una produzione fino a 100 kg di infiorescenze di cannabis; la produzione industriale sarà effettuata in base alle richieste delle Regioni e Province autonome in relazione al numero dei pazienti trattati.

2) Appropriatezza prescrittiva e modalità di dispensazione

La prescrizione di preparazioni magistrali a base di cannabis per uso medico, da rinnovarsi volta per volta, è effettuata in conformità alla normativa nazionale vigente in materia (con particolare riferimento all'art. 5, commi 3 e 4, del decreto-legge 17 febbraio 1998, n. 23, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 aprile 1998, n. 94, e all'art. 43, comma 9, del T.U.) ed integrata a fini statistici con i dati (anonimi) relativi a età, sesso, posologia in peso di cannabis ed esigenza di trattamento da riportare sulla scheda per la raccolta dei dati dei pazienti trattati prevista nel successivo paragrafo 5) Sistema di fitosorveglianza.

Il farmacista acquista la sostanza attiva di origine vegetale a base di cannabis mediante il modello di buono acquisto previsto dal decreto ministeriale 18 dicembre 2006 (cfr. art. 38 T.U.) e ne registra la movimentazione sul registro di entrata uscita degli stupefacenti in farmacia (art. 60 e 62 del T.U.).

Il farmacista allestisce in farmacia, in osservanza delle Norme di Buona Preparazione (NBP), preparazioni magistrali a base di cannabis che comportino la ripartizione della sostanza attiva in dose e forma di medicamento, secondo la posologia e le modalità di assunzione indicate dal medico prescrittore, in conformità alle indicazioni fornite nel successivo paragrafo relativo alla posologia e alle istruzioni per l'uso medico della cannabis che prevedono l'assunzione orale del decotto e la somministrazione per via inalatoria, mediante l'uso di uno specifico vaporizzatore.

Al momento non esistono studi su eventuali effetti collaterali o tossicità acuta di preparazioni vegetali definite come «olio» o «soluzione oleosa» di cannabis, che consistono in non meglio specificati estratti di cannabis in olio e/o altri solventi. Pertanto, per assicurare la qualità del prodotto, la titolazione del/i principio/i attivo/i deve essere effettuata per ciascuna preparazione magistrale con metodologie sensibili e specifiche quali la cromatografia liquida o gassosa accoppiate alla spettrometria di massa ovvero il metodo di estrazione deve essere autorizzato ai sensi della normativa vigente.

La dispensazione della preparazione magistrale deve avvenire in conformità a quanto previsto dall'art. 45, commi 4 e 5 del T.U.

In analogia al combinato disposto degli articoli 43 e 45 del T.U., al fine della dimostrazione della liceità del possesso della preparazione magistrale a base di cannabis per uso medico, copia della ricetta timbrata e firmata dal farmacista all'atto della dispensazione deve essere consegnata al paziente o alla persona che ritira la preparazione magistrale a base di cannabis, fermo restando il divieto previsto dall'art. 44 del T.U.

3) **Rimborsabilità**

La rimborsabilità a carico del Servizio sanitario regionale e' subordinata alle indicazioni emanate da parte delle Regioni o Province autonome.

4) **Uso medico della cannabis**.

Gli impieghi di cannabis ad uso medico sono presenti in studi clinici controllati, studi osservazionali, nelle revisioni sistematiche e nelle metanalisi della letteratura internazionale indicizzata.
In considerazione delle evidenze scientifiche fino ad ora prodotte, che dovranno essere aggiornate ogni due anni, si può affermare che l'uso medico della cannabis non può essere considerato una terapia propriamente detta, bensì un trattamento sintomatico d supporto ai trattamenti standard, quando questi ultimi non hanno prodotto gli effetti desiderati, o hanno provocato effetti secondari non tollerabili, o necessitano di incrementi posologici che potrebbero determinare la comparsa di effetti collaterali.
Gli impieghi di cannabis ad uso medico riguardano:

- l'analgesia in patologie che implicano spasticità associata a dolore (sclerosi multipla, lesioni del midollo spinale) resistente alle terapie convenzionali (Lynch 2015; Koppel et al. 2014; Corey-Bloom et al. 2012; Rog et al. 2007; Ibegdu et al., 2012 Giacoppo et al. 2014; Aggarwal et al., 2007;);
- l'analgesia nel dolore cronico (con particolare riferimento al dolore neurogeno) in cui il trattamento con antinfiammatori non steroidei o con farmaci cortisonici o oppioidi si sia rivelato inefficace (Lucas 2012; Aggarwal 2009; Ellis et al. 2009; Abrams et al., 2009; Eisenberg et al. 2014; Wilsey et al., 2013);
- l'effetto anticinetosico ed antiemetico nella nausea e vomito, causati da chemioterapia, radioterapia, terapie per HIV, che non puo' essere ottenuto con trattamenti tradizionali (Tramer et al. 2001; Smith 2011; Cinti, 2009);
- l'effetto stimolante dell'appetito nella cachessia, anoressia, perdita dell'appetito in pazienti oncologici o affetti da AIDS e nell'anoressia nervosa, che non puo' essere ottenuto con trattamenti standard (Beal et al, 1995; Beal et al. 1997; Carter et al. 2004; Haney et al. 2007);
- l'effetto ipotensivo nel glaucoma resistente alle terapie convenzionali (Tomida et al 2004; Tomida et al2006);
- la riduzione dei movimenti involontari del corpo e facciali nella sindrome di Gilles de la Tourette che non può essere ottenuta con trattamenti standard (Müller-Vahl, 2013).

Si evidenzia che esistono diverse linee genetiche di cannabis che contengono concentrazioni differenti dei principi farmacologicamente attivi e, conseguentemente, producono effetti diversi; pertanto, gli impieghi ad uso medico verranno specificati dal Ministero della salute, sentiti l'Istituto superiore di sanità e l'AIFA per ciascuna linea genetica di cannabis.

INDICAZIONI REGIONALI

In prima applicazione si dispone che :

a. Le indicazioni rimborsabili a carico del SSR, a partire dalla data di disponibilità del prodotto da parte del Ministero della Salute alle Regioni, sono, per i cittadini iscritti al SSR lombardo :

- l'analgesia in patologie che implicano spasticità associata a dolore (sclerosi multipla, lesioni del midollo spinale) resistente alle terapie convenzionali (Lynch 2015; Koppel et al. 2014; Corey-Bloom et al. 2012; Rog et al. 2007; Ibegdu et al., 2012 Giacoppo et al. 2014; Aggarwal et al., 2007;);
- l'analgesia nel dolore cronico (con particolare riferimento al dolore neurogeno) in cui il trattamento con antinfiammatori non steroidei o con farmaci cortisonici o oppioidi si sia rivelato inefficace (Lucas 2012; Aggarwal 2009; Ellis et al. 2009; Abrams et al., 2009; Eisenberg et al. 2014; Wilsey et al., 2013);
- l'effetto anticinetosico ed antiemetico nella nausea e vomito, causati da chemioterapia, radioterapia, terapie per HIV, che non può essere ottenuto con trattamenti tradizionali (Tramer et al. 2001; Smith 2011; Cinti, 2009);
- l'effetto stimolante dell'appetito nella cachessia, anoressia, perdita dell'appetito in pazienti oncologici o affetti da AIDS e nell'anoressia nervosa, che non può essere ottenuto con trattamenti standard (Beal et al, 1995; Beal et al. 1997; Carter et al. 2004; Haney et al. 2007);
- l'effetto ipotensivo nel glaucoma resistente alle terapie convenzionali (Tomida et al 2004; Tomida et al2006);
- la riduzione dei movimenti involontari del corpo e facciali nella sindrome di Gilles de la Tourette che non puo' essere ottenuta con trattamenti standard (Müller-Vahl, 2013).

b. Modalità di dispensazione

Le modalità di dispensazione verranno stabilite dalla DG Welfare, in fase successiva, sulla base delle indicazioni ministeriali, d'intesa con gli operatori sanitari coinvolti sia a livello prescrittivo che erogativo e con la autorità regionali vigilanti in materia (NAS).

4.13. AREA SOCIO SANITARIA INTEGRATA

4.13.1. CURE INTERMEDIE

Il Programma Regionale di Sviluppo della X legislatura, approvato con D.C.R. 9 luglio 2013 , n. X/78 che riporta l'obiettivo 206.Soc.13.1, Riorganizzazione della rete di offerta sociosanitaria, aveva previsto di procedere "…allo sviluppo di modelli organizzativi strutturati territoriali per la cronicità, la continuità delle cure, le attività socio assistenziali, attraverso un progressivo riorientamento della rete di assistenza territoriale e delle cure primarie";

Con la D.G.R. n. X/1185/2013, si è avviato il percorso di riordino attraverso l'istituzione della rete delle cure intermedie.

Nel corso del 2015, con la D.G.R. 3383/1015, si sono definiti i profili di cura, il modello assistenziale, le modalità di accesso e presa in carico ed i requisiti sperimentali di esercizio e di accreditamento dell'unità d'offerta cure intermedie, dando avvio ad una prima fase osservazionale della durata di sei mesi.

Durante la fase osservazionale le unità d'offerta hanno continuato ad erogare le prestazioni contrattualizzate secondo le previgenti condizioni e modalità attuative, sperimentando nel contempo il nuovo sistema di classificazione dell'utenza nei nuovi profili e rendicontando mensilmente i minutaggi assistenziali erogati per le diverse figure professionali e l'esito della profilazione degli utenti ricoverati.

La nuova profilazione prevede quattro profili di cura con crescente complessità assistenziale e intensività clinica, più un quinto profilo specifico per le demenze. L'attribuzione ai diversi profili avviene tramite una scheda unica che contiene gli strumenti di valutazione dei bisogni assistenziali, clinici e di riattivazione e recupero funzionali degli utenti.

I risultati dell'elaborazione dei primi dati inviati hanno evidenziato una distribuzione dei casi concentrata maggiormente sul profilo 2 e, secondariamente sui profili 3 e 4.

Esito della profilazione

	P1	P2	P3	P4	P5
Post acuta	14,5%	33,2%	34,0%	13,9%	4,4%
Ex riab. specialistca	5,1%	50,1%	18,1%	25,8%	1,0%
Ex riab. gen e geriatrica	8,3%	40,5%	19,6%	21,1%	10,6%
Ex riab. mantenimento	9,8%	47,1%	23,0%	18,3%	1,7%
Totale	**9,0%**	**42,1%**	**22,1%**	**20,3%**	**6,6%**

Dati 16 aprile – 30 settembre 2015

La D.G.R. 3383/2015 aveva anche rivisto il minutaggio assistenziale e le sue componenti professionali che risultano confermati dall'effettivo minutaggio erogato dalle strutture che è mediamente pari a 1554 minuti settimanali per utente, come rilevato dalle prime rendicontazioni inviate (periodo 16 aprile – 30 settembre 2015).

Rispetto al compimento dell'iter di riordino, si conferma che, entro la fine del 2015, è prevista la conclusione del percorso di valutazione degli esiti della fase osservazionale, con l'elaborazione e l'analisi da parte del gruppo di lavoro regionale dei dati completi.

Viene, invece, sospesa l'approvazione definitiva dei requisiti e del relativo sistema di remunerazione che, a seguito dell'approvazione della legge regionale 11 agosto 2015, n. 23, è subordinata all'integrazione delle cure intermedie nel nuovo contesto di rete che include l'offerta sanitaria e sociosanitaria.

Nell'ambito della programmazione regionale adottata, al fine di ottemperare alla riduzione della dotazione dei posti letto prevista dal DM 2 aprile 2015, n. 70, che fissa in 0,7 per mille abitanti il livello massimo di posti letto di riabilitazione e di lungodegenza post-acuzie, è necessario che il sistema delle cure intermedie venga rivisto nel suo complesso tenendo conto anche dell'evoluzione della riabilitazione sanitaria e della degenza sub-acuta, attraverso la costituzione di gruppi di lavoro comuni.

Alla luce di quanto sopra, per l'anno 2016 le unità d'offerta che hanno aderito al sistema di cure intermedie ai sensi della D.G.R. 3383/2015 proseguono l'attività con le medesime regole definite da tale atto.

Per le strutture di cure intermedie ex riabilitazione residenziale, le regole di assegnazione del budget sono definite al capitolo INDIRIZZI PER L'ACCREDITAMENTO, NEGOZIAZIONE E STIPULA DEI CONTRATTI CON GLI EROGATORI- Paragrafo Area sociosanitaria integrata.

Per i posti letto di cure intermedie ex residenzialità post acuti, il budget annuale viene definito sulla base della saturazione definitiva riconosciuta per l'anno 2015. A tal fine il soggetto gestore sottoscrive con l'ATS di riferimento il Protocollo negoziale che verrà inviato successivamente.

Si conferma che devono risultare sospesi da altri eventuali contratti i posti messi a disposizione per le cure intermedie derivanti dalla residenzialità post acuta e collocati nell'ambito dei posti di unità d'offerta già a contratto per altra tipologia.

Si demanda alla Direzione Welfare l'aggiornamento delle indicazioni operative e l'adeguamento della Scheda unica di invio e valutazione per ricovero in unità di cure intermedie, con la modifica delle scale di valutazione, coerentemente ai risultati della fase osservazionale che ha evidenziato in particolare la necessità di apportare integrazioni nell'ambito della valutazione dei bisogni riabilitativi.

Al fine di disporre di una rilevazione completa ed omogenea dell'attività svolta, nella prospettiva della sistematizzazione, la Direzione competente definisce inoltre il nuovo flusso informativo aggiuntivo rispetto agli strumenti di rendicontazione già in uso, che va a sostituire il flusso utilizzato durante il periodo osservazionale.

4.13.2. SPERIMENTAZIONI DELL'AREA SOCIOSANITARIA

La Direzione Generale Welfare si riserva, su motivata istanza dell'ASL (ora ATS) di riferimento, di assumere specifici atti autorizzativi relativamente a iniziative di carattere progettuale, a valenza regionale, che rispondono a specifiche problematiche di elevata fragilità e complessità che non trovano attualmente risposta da parte del sistema d'offerta sociosanitario regionale nel contesto di prima applicazione della l.r. 23/2015. Risorse indicative euro 500.000, già nella disponibilità dei bilanci delle ASL (ora ATS).

4.13.3. VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE NELLE RSA

Il rating per le RSA previsto dalla D.G.R. 2989/2014 ha visto realizzarsi nel corso del 2015 un percorso partecipato di condivisione tra Regione Lombardia e Rappresentanze di Enti Gestori che ha portato all'individuazione di 11 indicatori, delle fonti dati e delle modalità di calcolo su cui saranno misurate le RSA lombarde.
Si riporta di seguito l'elenco degli 11 indicatori individuati come sopra:

1. Saturazione posti letto
2. Minutaggio assistenziale
3. Mix professionale
4. Performance gestionale
5. Retta
6. Presenza H24 dell'infermiere
7. Qualità dei processi
8. Struttura
9. Formazione
10. Servizi di differenziazione e diversificazione
11. Nuovi profili non richiesti a standard

Nel corso del 2016, Regione Lombardia intende proseguire nelle attività di miglioramento della qualità del proprio sistema informativo, elevando l'attendibilità e la significatività dei dati su cui calcolare gli indicatori di rating.

Il rating così definito, viene applicato nel 2016, esclusivamente quale strumento sperimentale volto a verificare il posizionamento della singola unità d'offerta rispetto al complesso delle RSA senza produrre effetti di natura economica sull'assegnazione dei budget agli erogatori, fatto salvo quanto previsto, dal 31/12/2016, dalla D.G.R. 3996/2015 al fine della conferma dei posti attribuiti alle singole RSA, in applicazione dalla stessa D.G.R. e della relativa assegnazione di risorse.

4.13.4. ACCERTAMENTO SANITARIO PER INVALIDITÀ CIVILE, CECITÀ, SORDITÀ, HANDICAP, DISABILITÀ

Premessa

Le persone che richiedono l'accertamento dell'invalidità civile handicap, disabilità, cecità, sordità sono persone particolarmente fragili, occorre pertanto che, nella fase di transizione della legge 23/2015 "evoluzione del Sistema sociosanitario Lombardo" che attribuisce la funzione alle ASST, sia posta un'attenzione specifica alla continuità delle attività in modo da non recare alcun disagio ai cittadini.

E' necessario che, lungo tutti i successivi passaggi attraverso i quali si strutturerà le nuove Aziende Sanitarie, non venga comunque pregiudicata l'uniformità nell'erogazione delle prestazioni sull'intero territorio regionale, per quanto attiene ad accessibilità, tempi di attesa ed interazioni cooperative con le competenti sedi territoriali dell'Istituto Nazionale Previdenza Sociale (INPS).

Nell'ottica del coordinamento sopra richiamato deve altresì essere comunque garantito il mantenimento della imprescindibile **unitarietà delle funzioni di "governance"**, attraverso l'adozione di un'idonea articolazione organizzativa dei servizi di medicina legale entro le ASST, atta a conseguire a livello interaziendale il coordinamento tecnico-scientifico e funzionale del complesso delle attività relative al processo invalidità civile/handicap/disabilità/cecità/sordità.

Pertanto nelle more dei successivi indirizzi organizzativi (POA), i servizi /uo di medicina legale delle ASST afferenti alla medesima ATS opereranno in stretto coordinamento tra loro e in raccordo con INPS.

Esigenze di continuità e uniformità si riscontrano per quanto attiene alla condivisione tra le diverse ASST componenti ciascuna ATS del medesimo programma informatico per la gestione del processo, ed inoltre relativamente alla conservazione dei dati storico-clinici ("cartella informatica medico legale") relativi a ciascun assistito.

Vengono, di seguito, delineate le modalità da attuarsi nella fase di transizione e sino a diverse indicazioni regionali.

Convocazione a visita

Come ben noto le richieste di accertamento vengono inoltrate, da parte del cittadino, all'INPS e, attraverso il sistema di cooperazione applicativa, visionate dagli uffici preposti delle attuali ASL che procedono alla chiamata a visita e alla predisposizione dei calendari delle Commissioni medico legali del proprio territorio.

Il passaggio dalla dimensione territoriale ASL, prevalentemente su base provinciale, a quello delle ASST, su base prevalentemente sub provinciale, presuppone un aggiornamento delle specifiche tecniche da parte delle software house che lavoreranno in cooperazione applicativa con i sistemi informatici INPS, ciò al fine di consentire una visione delle domande di accertamento di invalidità civile, cecità, sordità disabilità e handicap riferite ai soli propri cittadini residenti per la successiva convocazione a visita.

Trattandosi di uno snodo cruciale per la funzionalità dell'intero "sistema invalidità civile" nelle nuove entità territoriali, sino alla modifica di cui detto precedentemente, le domande di accertamento continueranno pertanto ad essere lette a livello "provinciale" ovvero di ex ASL.

In ragione di ciò e fino a nuova disposizione le convocazioni a visita, e di conseguenza i calendari delle commissioni, saranno effettuate secondo le modalità in essere nell'anno 2015 e per tutti i cittadini del territorio provinciale ovvero ex - ASL .

I calendari delle commissioni saranno assunti come propri da ciascuna ASST competente per territorio e in cui la struttura del Servizio di Medicina Legale garantirà il governo dell'attività.

Funzionamento delle commissioni

Le commissioni, fatte salve eventuali cessazioni dal servizio, dovranno continuare ad operare nella medesima composizione e con gli stessi medici, operatori sociali e personale amministrativo impiegati per l'attività al 31.12.2015.

Qualora parte di detto personale sia stato assegnato, per attribuzione della funzione prevalente, alla ATS i Direttori Generali di ATS e ASST avranno cura che, anche per il tramite di apposite e specifiche convenzioni, le attività di accertamento vengano svolte senza soluzione di continuità.

Ai componenti delle commissioni, dipendenti da ASST o ATS, non compete il gettone di presenza che deve continuare ad essere corrisposto al componente rappresentante la categoria, qualora presente.

4.14. RICERCA E INNOVAZIONE

Sono stanziate, per l'anno 2016, risorse fino a 25 milioni di euro per promuovere, coordinare e sostenere progetti di studio, ricerca, conoscenza e innovazione con particolare riguardo alle progettualità nell'area clinica e pre-clinica. Tale valore ricomprende 1,8 milioni di Euro da destinare al co-finanziamento dei programmi di rete di cui al Bando ministeriale di ricerca finalizzata e giovani ricercatori 2014-2015.

Con successiva deliberazione di giunta, tali risorse potranno essere inoltre destinate alla Fondazione Regionale per la Ricerca Biomedica, sulla base del piano di attività annuale della Fondazione che sarà approvato dalla Giunta Regionale su proposta della Direzione Generale Università, Ricerca e Open Innovation, in virtù del decreto del Presidente della Giunta di Regione Lombardia n. 247 del 26/10/2015 che ha individuato le materie oggetto delle deleghe assessorili e della conseguente d.g.r. n. X/4235 del 27/10/2015 *"XIV Provvedimento organizzativo 2015"*.

I programmi di rete di cui al Bando ministeriale di ricerca finalizzata e giovani ricercatori 2014-2015 riguarderanno le seguenti tematiche di interesse regionale:

- strumenti standardizzati per la valutazione delle performance delle aziende sanitarie, la valutazione dell'efficienza ed efficacia dei percorsi di cura erogati e la strutturazione di percorsi di audit clinico per il miglioramento della qualità delle cure;
- sviluppo di nuove terapie immunitarie in oncologia attraverso l'uso di una piattaforma integrata di Precisione Medicine;
- efficacia degli interventi di audit e feedback per migliorare la qualità delle cure e ridurre l'eterogeneità dell'accesso alle cure efficaci nella popolazione italiana.

I soggetti che potranno partecipare ai programmi di rete e beneficiare del cofinanziamento regionale sono le Strutture sanitarie pubbliche, gli IRCCS di diritto pubblico e privato, le Università e gli Enti di ricerca.

4.14.1. SISTEMA BIBLIOTECARIO BIOMEDICO LOMBARDO - SBBL

La Regione promuove e sostiene il Sistema Bibliotecario Biomedico Lombardo (SBBL), quale strumento finalizzato a diffondere la conoscenza scientifica in ambito biomedico e sanitario e a migliorare la qualità dei servizi erogati dal sistema socio sanitario lombardo attraverso l'aggiornamento professionale costante e qualificato degli operatori.
Nel 2015 è stato condotto da Éupolis uno studio finalizzato al miglioramento della rete di offerta dei servizi bibliotecari di SBBL, attraverso una puntuale ricognizione delle caratteristiche del sistema attuata grazie alla collaborazione dei referenti delle strutture aderenti.
Il lavoro è pertanto alla base del processo di riorganizzazione che si vuole avviare a partire dal 2016, agendo sui seguenti punti:

- potenziamento del ruolo centrale di SBBL nei confronti delle Strutture sanitarie lombarde e della sua funzione di negoziazione finalizzata a garantire un accesso ottimale dal punto di vista qualità-prezzo, alle migliori fonti di informazione;
- promozione dell'accesso alle informazioni e pubblicazioni scientifiche tenendo conto delle diverse necessità di aggiornamento delle categorie di utenti (personale medico, sanitario tecnico e amministrativo);
- garanzia di un'equa ripartizione dei costi relativi al materiale bibliografico acquisito centralmente da SBBL in forma consortile tra le strutture utenti del sistema, prevedendo anche una partecipazione economica differenziata per livelli di servizio fruiti.

Per assolvere alle proprie esigenze informative/formative, le Strutture attingeranno in primo luogo al patrimonio bibliografico di SBBL non solo per quanto riguarda le pubblicazioni in ambito biomedico e sanitario, ma anche in altri ambiti non strettamente di pertinenza medico-scientifica (per es. pubblicazioni giuridiche, amministrativo-organizzative, economiche, quotidiani, pubblicazione a carattere divulgativo, ecc.).
Inoltre non rinnoveranno contratti in essere con editori per pubblicazioni che siano già disponibili nella dotazione bibliografica di SBBL e non attiveranno nuovi abbonamenti.

Per il funzionamento di SBBL nell'anno 2016 sono stanziate risorse fino ad un massimo di € 1.700.000,00.

4.14.2. FIBROSI CISTICA - QUOTE PER LA RICERCA DI CUI ALLA L. N. 548/93

La delibera CIPE n. 95 del 18.12.2008 ha stabilito che, a far tempo dal piano di riparto del Fondi Sanitario Nazionale (FSN) 2007, le quote vincolate destinate alla ricerca per la prevenzione e cura della fibrosi cistica, di cui alla Legge n. 548/93, sono assegnate alle Regioni, a fronte della presentazione, da parte delle Regioni stesse, di progettualità che devono essere valutate dalla Commissione Nazionale della Ricerca Sanitaria (CNRS), ora Comitato Tecnico Sanitario (CTS). Con la delibera CIPE n. 52 del 23.03.2012 si è provveduto ad assegnare le risorse per la fibrosi cistica a valere sul FSN esercizio 2007 e ad oggi non sono ancora state assegnate le risorse a valere sul FSN 2008, 2009, 2010, 2011 e 2012.
Data la contingenza procedurale delle assegnazioni ministeriali delle quote per la ricerca, al fine di non pregiudicare la possibilità da parte della Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano - Centro di riferimento regionale per l'assistenza e la ricerca sulla fibrosi cistica - di proseguire l'attività di ricerca mantenere l'elevato livello di conoscenza specialistica raggiunto, già nel 2015 (d.g.r. n. X/2989/2014), è stato individuato un percorso volto a sostenerne l'attività con assegnazione di risorse per € 250.000,00 a valere sul Fondo Sanitario Regionale (FSR) 2015, a seguito di presentazione di specifiche progettualità.
Nel 2016 si intende proseguire su tale linea per assegnare alla Fondazione la quota di € 250.000,00 per l'attività di ricerca - previa acquisizione di relative progettualità - nel rispetto della diversa regolamentazione dei fondi statali prevista dall'Intesa Stato-Regioni del 19.2.2015 (n. 33/CSR), in attuazione del comma 560, art. 1, della L. n. 190/2014 (Legge di stabilità 2015).

L'Intesa in questione stabilisce, tra l'altro, che a decorrere dall'anno 2015 le quote relative alla fibrosi cistica, parte di assistenza e parte di ricerca, confluiscono nella quota indistinta del fabbisogno standard nazionale e sono ripartite tra le Regioni in base alla consistenza numerica dei pazienti assisti ti in ciascuna, alla popolazione residente, nonché alle documentate funzioni dei Centri ivi istituiti, riferite alle attività specifiche di prevenzione, cura e, dove attuata e attuabile, di ricerca.
Nel corso del 2016, relativamente ai pregressi progetti di ricerca regionali approvati dal Ministero della Salute, sarà effettuata una verifica sullo stato di attuazione per valutare la coerenza delle attività svolte e la congruità dei costi sostenuti.

4.15. MEDICINA COMPLEMENTARE

Nell'ambito della medicina complementare (MC), così come richiamato dalla l.r. 23/2015 all'art. 18 par. 3b e 3e, verranno definiti, con specifici atti amministrativi della Direzione Generale Welfare, i percorsi, di cui all'accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, concernente i criteri e le modalità per la certificazione di qualità della formazione e dell'esercizio dell'agopuntura, della fitoterapia e dell'omeopatia da parte dei medici chirurghi, degli odontoiatri, dei medici veterinari e dei farmacisti - Rep. Atti 54/CSR del 7 febbraio 2013 -, recepito dalla D.G.R. 4104 del 2 ottobre 2015. Proseguirà inoltre per il 2016 la collaborazione con l'OMS, con l'estensione senza oneri della 2° fase di elaborazione del Memorandum of Understanding relativo alle medicine complementari.

4.16. INTERVENTI PER LA PREVENZIONE E IL CONTRASTO DELLE MGF

Per le progettualità relative alle Mutilazioni Genitali Femminili proseguiranno i percorsi in atto, mediante l'utilizzo dei finanziamenti previsti dal Ministero della Salute, con un ulteriore sviluppo della fase formativa, il consolidamento dell'attività dei centri di riferimento clinici per il trattamento delle complicanze e delle sequele relative alle pratiche MGF, la divulgazione del materiale prodotto nelle precedenti ricerche - vademecum, brochure multilingue, spot e filmato per le medie superiori – e una ricerca di fase due sulla estensione del fenomeno in ambito regionale e sulle modalità di contrasto.

5. INVESTIMENTI E GOVERNO EFFICIENZA DELLE AZIENDE PUBBLICHE

5.1. INVESTIMENTI

In continuità con quanto già contenuto nelle DD.G.R. n. 1185/2013, 2989/2014 e 3993/2015 nel corso del 2016 saranno ulteriormente perfezionate le procedure che regolano gli interventi di edilizia sanitaria.

In un contesto di continua riduzione di risorse economiche, Regione Lombardia anche per l'anno 2016 destinerà agli investimenti risorse regionali, a valere sul fondo di rotazione di edilizia sanitaria - che potrà essere incrementato dai proventi derivanti dall'alienazione del patrimonio immobiliare disponibile delle Aziende – e attraverso l'utilizzo di accantonamenti 2014/2015, finalizzate a mantenere e, ove possibile, a migliorare la qualità del patrimonio edilizio e tecnologico delle Aziende, anche nell'ottica del riassetto organizzativo del sistema socio sanitario lombardo previsto dalla legge regionale n. 23/2015.

In particolare, per quest'ultimo aspetto, parte degli investimenti saranno destinati ai sistemi informativi, a seguito della costituzione delle nuove Aziende. Tale area nel corso del 2016 rappresenterà, infatti, un ambito di intervento particolarmente impegnativo dovendo procedere, secondo quanto previsto dall'art. 2 della l.r. n. 23/2015, ad uniformare i sistemi informativi del SSL..

Nel corso del 2016 verranno attivati piani di investimento per l'utilizzo di risorse statali, fermo restando la disponibilità delle stesse iscritte sul bilancio dello Stato, a valere sulle risorse di cui al programma pluriennale straordinario di investimenti in sanità di cui all'art. 20 della legge n. 67/1988, da presentare al Ministero della Salute per la stipula di Accordi di Programma Quadro.

In particolare i programmi riguardano l'utilizzo delle risorse, residue, pari a complessivi 179,5 milioni di euro (cui aggiungere la quota obbligatoria del 5% del co-finanziamento regionale), già assegnate a Regione Lombardia, dalla delibera CIPE n. 97/2008 per il completamento del programma di edilizia sanitaria che costituiranno il VII Atto integrativo all'AdPQ.

Alle risorse destinate al VII atto integrativo si aggiungono le risorse dalla delibera CIPE n. 16/2013, per complessivi 14,7 milioni di euro (cui aggiungere la quota obbligatoria del 5% del co-finanziamento regionale), per l'adeguamento alla normativa antincendio.

Per gli investimenti del VII Atto integrativo la Direzione Generale Welfare ha già avviato le procedure e, in particolare, con nota circolare del 20 novembre 2015 sono state invitate le Aziende Ospedaliere e l'ASL Vallecamonica a segnalare alla Direzione Generale l'eventuale interesse e ambito di adesione al programma d'investimento.

A tal fine nei primi mesi del 2016 saranno valutate le manifestazioni di interesse e istanze di finanziamento già presentate alla Direzione Generale Welfare seguendo, in via prioritaria, l'impostazione del nuovo assetto organizzativo derivante dalla l.r. n. 23/2015 e la conseguente riqualificazione dei presidi territoriali, i contenuti del D.M. n. 70/2015 e, in via generale, l'adeguato mantenimento delle strutture anche in conformità alle vigenti normative soprattutto in materia di sicurezza.

5.2. LINEE DI INDIRIZZO ACQUISTI DELLE AZIENDE SANITARIE

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

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

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

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

Con la Legge di Stabilità 2016 viene, inoltre, rafforzato tale obbligo: gli enti del Servizio sanitario nazionale sono tenuti ad approvvigionarsi, relativamente alle categorie merceologiche del settore sanitario, come individuate dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di cui all' articolo 9, comma 3, del decreto-legge 24 aprile 2014, n. 66, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n. 89, avvalendosi, in via esclusiva, delle centrali regionali di committenza di riferimento, ovvero della Consip S.p.a..

Si rammenta che il sopra citato art. 9 prevede che entro il 31 dicembre di ogni anno con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, siano individuate le categorie di beni e di servizi nonché le soglie al superamento delle quali gli enti del servizio nazionale sono tenuti a ricorrere a Consip S.p.a o agli altri soggetti aggregatori. Per le categorie di beni e servizi individuate dal decreto di cui al periodo precedente, l'Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici di lavori, servizi e forniture non rilascia il codice identificativo gara (CIG) alle stazioni appaltanti che, in violazione degli adempimenti previsti, non ricorrano a Consip S.p.a. o ad altro soggetto aggregatore.

Nel caso non sia possibile acquisire bene o servizio, delle categorie merceologiche individuate, da Consip S.p.a o dalla centrale di committenza regionale, gli enti del Servizio sanitario nazionale sono tenuti ad approvvigionarsi avvalendosi, in via esclusiva, dalle centrali di committenza iscritte nell'elenco dei soggetti aggregatori. Spetta alla centrale regionale di committenza di riferimento l'individuazione, ai fini dell'approvvigionamento, di altra centrale di committenza.

Nella Legge di Stabilità 2016 è previsto, in aggiunta, l'obbligo di acquisto di beni e servizi in materia informatica esclusivamente tramite Consip S.p.a. o i soggetti aggregatori, ivi comprese le centrali di committenza regionali per i beni e i servizi disponibili presso gli stessi soggetti.

2) In via residuale le Aziende sanitarie dovranno procedere attraverso forme di acquisizione aggregata all'interno delle unioni formalizzate di acquisto;

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

Il Tavolo Tecnico istituito con Delibera Nr. X/3440 del 24/04/2015 "Istituzione presso ARCA Spa del Tavolo Tecnico degli appalti ai sensi della legge Regionale Nr. 24 del 5 agosto 2015" prevede le modalità e tempistica della Pianificazione e Programmazione degli Acquisti.

Le Aziende attraverso i coordinatori delle unioni formalizzate d'acquisto dovranno procedere ad inviare alla Direzione Generale Welfare ed a ARCA S.p.A. la pianificazione degli acquisti. Quando sarà finalizzato da ARCA S.p.a. il programma appositamente sviluppato per il caricamento dei dati, sarà obbligatorio inviare la programmazione attraverso tale strumento. A regime verrà richiesta la programmazione delle procedure di gara su base triennale:

Entro il 15 Gennaio 2016 – Non è più richiesto il resoconto delle procedure d'acquisto pubblicate nel 2015, in quanto superato dalla riorganizzazione delle aziende dovuto alla riforma sanitaria (legge regionale Nr. 23/2015);

Entro il 15 Marzo 2016 - Programmazione degli acquisti relativi agli anni 2016 e 2017 (gare aggregate e da svolgere in autonomia) per le nuove aziende definite dalla riforma sanitaria e configurate nelle nuove aggregazioni;

Entro il 30 Settembre 2016 - Prima revisione della programmazione per gli anni 2016 e 2017 e programmazione delle procedure d'acquisto per l'anno 2018 (gare aggregate e da svolgere in autonomia);

Entro il 15 Gennaio 2017 - Resoconto procedure d'acquisto pubblicate nel 2016 e revisione programmazione 2017 e 2018 (gare aggregate e da svolgere in autonomia).

Con la Legge di Stabilità 2016, inoltre, entro il mese di Ottobre di ciascun anno, le amministrazioni pubbliche devono, approvare il programma biennale e i suoi aggiornamenti annuali degli acquisti di beni e servizi di importo unitario stimato superiore a 1 milione di Euro. Il programma indica le prestazioni oggetto dell'acquisizione, la quantità ove disponibile, il numero di riferimento della nomenclatura, le relative tempistiche e le risorse finanziarie relative a ciascun fabbisogno.

Il programma biennale e gli aggiornamenti degli acquisti di importo unitario stimato superiore a 1 milione, oltre a rispettare gli obblighi di comunicazione previsti dalla legge, devono essere comunicati alle strutture e agli uffici preposti al controllo di gestione aziendale e essere compresi nella programmazione inviata agli uffici regionali entro il 30 Settembre 2016.

I dati di programmazione sopra definiti devono essere trasmessi al Tavolo Tecnico dei Soggetti di cui all'articolo 9, comma 2, del decreto legge 24 aprile 2014, n.66, convertito, con modificazioni, con legge 23 giugno 2014, n. 89, che li utilizza ai fini dello svolgimento dei compiti e delle attività ad esso attribuiti.

Le acquisizioni non comprese nel programma e nei suoi aggiornamenti non possono ricevere alcuna forma di finanziamento da parte di pubbliche amministrazioni, fatte salve le acquisizioni imposte da eventi imprevedibili o calamitosi, nonché le acquisizioni dipendenti da sopravvenute disposizioni di legge o regolamenti.

La violazione delle previsioni di cui ai precedenti periodi è valutabile ai fini della responsabilità amministrativa e disciplinare dei dirigenti, nonché ai fini dell'attribuzione del trattamento accessorio collegato alla performance.

Rimane l'obbligo per le Aziende di incremento dell'utilizzo di strumenti di aggregazione della domanda (ARCA – CONSIP – GARE AGGREGATE).

L'obiettivo per l'esercizio 2016 per le ASST è di incrementare del 10% la spesa effettiva di dispositivi medici attraverso procedure centralizzate/aggregate rispetto allo stesso periodo 2015.

L'obiettivo risulterà in ogni caso raggiunto se l'ente avrà raggiunto un valore di acquisti centralizzati/aggregati di dispositivi medici pari al 50%.

Per quanto riguarda l'anno 2016, inoltre, il valore totale degli acquisti centralizzati/aggregati per le ATS dovrà essere almeno pari al 55% e per le ASST del 50%. Valore percentuale che non dovrà essere in diminuzione rispetto allo stesso periodo 2015. (Indicatore di base che verrà parametrato sulla media dei risultati delle aziende ospedaliere e ASL che si incorporano nelle costituende ATS e ASST)

CONSIP

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

CENTRALE ACQUISTI REGIONALE

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

1) Gli Enti Sanitari non possono attivare procedure di acquisto relative a beni e/o servizi già oggetto di Contratti/Convenzioni stipulati in loro favore da ARCA S.p.a.;

2) Gli Enti Sanitari non possono attivare procedure di acquisto autonome relative ad iniziative per approvvigionamenti già oggetto di programmazione sanitaria a livello regionale ed attribuite ad ARCA, fermo restando che detti Enti potranno attivare procedure autonome, sempre che siano preventivamente autorizzate dalla Direzione Generale Welfare, solo in casi eccezionali e per una durata e quantità limitate a soddisfare il fabbisogno dell'Ente fino alla data di attivazione delle Convenzioni programmate a livello aggregato.

La violazione di tali norme rileva ai fini della responsabilità disciplinare e amministrativa.

NORMATIVA APPROVVIGIONAMENTO ENTI SANITARI E UTILIZZO DELLA PIATTAFORMA TELEMATICA SINTEL

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

1) Convenzioni stipulate dalla CRA di riferimento;

2) Convenzioni stipulate da Consip S.p.A. laddove non presenti Convenzioni ARCA S.p.a.,

3) ovvero, in assenza degli strumenti di cui ai punti 1) e 2):

- per gli acquisti inerenti le categorie merceologiche presenti nella "piattaforma CONSIP", gli strumenti di acquisto e negoziazione telematici messi a disposizione da Consip S.p.A. (SDA e MePA) o dalla CRA di riferimento (es.: SinTel per la Regione Lombardia considerato l'obbligo di utilizzo di SinTel previsto dall'art. 1, comma 6-ter della L.R. n. 33/2007 - con riferimento allo svolgimento di procedure di affidamento di servizi e forniture di qualsiasi importo);

- per gli acquisti inerenti le categorie merceologiche non presenti nella "piattaforma CONSIP", gli strumenti di acquisto e negoziazione messi a disposizione dalla CRA di riferimento (es.: SinTel per la Regione Lombardia, atteso l'obbligo di utilizzo di SinTel previsto dall'art. 1, comma 6-ter della L.R. n. 33/2007 - con riferimento allo svolgimento di procedure di affidamento di servizi e forniture di qualsiasi importo).

Sono confermate le tipologie di procedure escluse dall'obbligo di utilizzo della piattaforma SINTEL.

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

REVISIONE CONSORZI/UNIONI FORMALI D'ACQUISTO

Le unioni formalizzate ed i Consorzi di Aziende Ospedaliere/I.R.C.C.S. e di A.S.L. oggi esistenti sono riviste alla luce della costituzione delle nuove A.T.S. e A.S.S.T. con l'obiettivo di rendere coerente il processo di acquisto con ARCA S.p.a. Centrale d'acquisto regionale e a livello di territorio omogeneo.

A tal fine è indispensabile definire nuove unioni d'acquisto che diano garanzia della realizzazione di forme di aggregazione di secondo livello. Tali macro aree sono finalizzate alla razionalizzazione della spesa per beni e servizi in modo da incrementare ulteriormente le percentuali di acquisti centralizzati e da accrescere, nel contempo, l'efficienza degli acquisti mediante la ricerca delle più appropriate economie di scala all'interno delle aggregazioni. Tali unioni d'acquisto faciliteranno i benchmarking fra le aziende e saranno propedeutiche allo sviluppo di future procedure a livello della Centrale d' Acquisto Regionale.

La nuove unioni d'acquisto, pur cercando di dare continuità ai consorzi e alle unioni d'acquisto esistenti, sono disegnate tenendo presente l'organizzazione territoriale delle ATS entro i cui confini, in conformità alle previsioni della legge regionale 23/2015 *(Art. 6 comma 4 – Le ATS possono attivare un sistema di acquisti in rete attraverso forme di acquisizione aggregata, secondo modalità operative definite dalla Giunta regionale e nel rispetto del coordinamento e degli indirizzi di ARCA,)* potranno essere centralizzate ulteriori funzioni amministrative.

Le unioni d'acquisto sono così ridefinite come da Sub Allegato 18 "*Nuove Unioni di Acquisto*".

Questi i nuovi raggruppamenti/unioni d'acquisto che dovranno essere confermati/e e formalizzati/e entro il primo trimestre 2016.

UNIONE ASST: ATS INSUBRIA - MONTAGNA
UNIONE ASST: ATS BRIANZA-PAVIA
UNIONE ASST: ATS MILANO
UNIONE ASST: ATS BERGAMO-BRESCIA-VALPADANA
UNIONE ATS

I coordinatori dei consorzi/unioni formali d'acquisto, provvisoriamente per il primo trimestre, verranno indicati con atto successivo da Direzione Generale Welfare. Le nuove unioni d'acquisto, entro la fine del mese di marzo 2016, dovranno comunicare i nominativi dei nuovi coordinatori o confermare quelli provvisori.

Le funzioni aziendali dovranno rispondere ad un modello organizzativo in grado di assicurare la programmazione integrata, prevedendo uno stretto raccordo delle funzioni strategi che trasversali legate ai processi di programmazione, acquisto e controllo.

Nel corso dell'anno 2016, di concerto con le aziende interessate, saranno valutati strumenti per il rafforzamento organizzativo delle funzioni di acquisto mediante il ricorso a modalità interaziendali, con la possibilità di una formalizzazione più elevata e del rafforzamento della struttura operativa e di un maggior coinvolgimento delle Direzioni aziendali nel coordinamento strategico delle unioni d'acquisto.

PROCEDURE IN FORMA AGGREGATA

Le Aziende Sanitarie hanno l'obbligo, all'interno delle unioni formalizzate a livello interprovinciale e/o di macro aree, di rafforzare l'interazione e l'integrazione tra loro in relazione a tutte le procedure di acquisto di beni e servizi posto l'obbligo di procedere in via prioritaria attraverso procedure in forma aggregata rispetto ad iniziative autonome.

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

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

E' previsto un comitato dei coordinatori dei consorzi che si dovrà riunire a livello regionale almeno 7 volte nell'anno 2016 così composto: il dirigente o funzionario delegato della Struttura Fattori Produttivi con funzioni anche di coordinamento e di segretariato, tutti i coordinatori dei Consorzi/ unioni formali d'acquisto interaziendali, un responsabile di ARCA S.p.a., un giurista della Direzione Generale Presidenza - Affari Istituzionali (per gli aspetti giuridici e legati al contenzioso).

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

procedure d'acquisto; condivisione con ARCA S.p.a. sull'andamento delle programmazione degli acquisti e sullo stato di avanzamento delle gare centralizzate.

ISTRUTTORIA ISTANZE DI AUTORIZZAZIONE

Richiesta autorizzazione preventiva nuovi servizi

Si conferma quanto previsto nella Delibera X/2989 del 23/12/2014 in merito all'approvazione preventiva sull'avvio di nuovi servizi:

a) La Commissione per la verifica dei servizi non sanitari e sanitari valuterà preventivamente i seguenti servizi:
Servizi non sanitari (lavanderia/lavanolo, pulizia, mensa, riscaldamento/gestione calore) e i seguenti Servizi sanitari: Service di emodinamica/elettrofisiologia, service di diagnostica di radiologia, service di dialisi.

Non saranno soggette ad approvazione le procedure relative ai servizi che rientreranno nelle categorie merceologiche per gli enti sanitari come individuate dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di cui all' articolo 9, comma 3, del decreto-legge 24 aprile 2014, n. 66, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n. 89, avvalendosi, in via esclusiva, delle centrali regionali di committenza di riferimento, ovvero della Consip S.p.a., se per le medesime non è prevista una spesa in conto capitale. Per queste procedure si richiede preventivamente di inviare solo una comunicazione con le schede di attività ed i dati economici suddivisi per conto di bilancio di comparazione fra la spesa in essere e quella preventivata nella nuova procedura.

Dovranno essere preventivamente approvati da Direzione Generale Welfare i soli progetti relativi ai servizi non sanitari previsti per un periodo temporale uguale o maggiore di 3 anni e con un valore a base della procedura di acquisizione superiore ad Euro 1.000.000 annuo medio per singola azienda, e quelli per i servizi sanitari sopra-elencati uguali o maggiori di 3 anni superiori ad Euro 500.000 annuo medio per singola azienda.

L'ufficio preposto alla verifica si avvale dei seguenti esperti: un rappresentante della Struttura Fattori Produttivi – Direzione Generale Welfare (per gli aspetti economici del progetto) che fungerà anche da coordinatore, un tecnico di ARCA S.p.a., un rappresentante dell' Unità Organizzativa Programmazione Polo Ospedaliero o Innovazione e Sviluppo (per gli aspetti relativi alla programmazione sanitaria), un responsabile della Struttura Edilizia Sanitaria (per gli aspetti di competenza e in particolare riguardanti l'appalto di lavori o l'acquisizione di attrezzature all'interno dei servizi gestiti in service), un Ingegnere clinico (per gli aspetti tecnici di competenza) e un giurista della Direzione Generale Welfare (per gli aspetti giuridici).

Le domande di autorizzazione dovranno essere, ai fini della loro istruttoria, corredate da analitiche e dettagliate relazioni, attestanti le motivazioni della scelta sotto il profilo clinico-gestionale, finanziario-economico, giuridico-amministrativo e, in special evidenza la dimostrazione dell'avvenuto esame di soluzioni alternative con la esplicitazione delle ragioni della preferenza accordata alla soluzione prescelta. A

tal fine viene confermato il modulo/check list che l'azienda dovrà seguire nel predisporre l'istruttoria che l'ufficio regionale successivamente vaglierà.

In particolare per quanto riguarda i servizi in service dovrà essere separata la spesa relativa alle apparecchiature, da quella relativa al consumabile, rispetto al servizio ed agli oneri finanziari. Nella relazione dovranno, inoltre, essere quantificate le alternative economico-gestionali prevedendo l'acquisto delle apparecchiature/servizio in service caricate sulle singole procedure sanitarie rispetto ad acquisti separati delle diverse componenti.

Il costo dei dispositivi consumabili deve essere comparato con i costi negli Osservatori ed i bench-marking sui dispositivi medici.

Si richiede, inoltre, che le richieste vengano accompagnate da un preventivo controllo da parte del Collegio Sindacale sulla sostenibilità economica delle procedure.

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

b) Tempistica della verifica: l'autorizzazione preventiva o la richiesta di integrazione alle

domande di autorizzazione dovrà essere effettuata dagli uffici competenti entro 60gg dalla ricezione della domanda.

Informazione attivazione di procedure di acquisto autonome

Si conferma quanto previsto nella Delibera X/2989 del 23/12/2014: l'invio delle informazioni di attivazioni di acquisto autonome è limitato al perimetro della programmazione aggregata. Le decisioni aziendali di procedere all'acquisizione in autonomia devono essere corredate da una attestazione del Direttore Generale circa la sussistenza del relativo presupposto (indisponibilità di convenzioni ARCA o Consip e/o di adesione a gare aggregate consortili); le stesse sono comunicate all'Ufficio preposto (Struttura Fattori Produttivi – Direzione Generale Welfare) **che ne prende atto** e verifica a campione l'eventuale possibilità di aggregazione rispetto alla programmazione di procedure aggregate.

Verifica preventiva procedure di global service e facility management

Tutte le nuove procedure di global service e facility management devono essere inviate 60gg prima dell'inizio della procedura alla Struttura Fattori Produttivi – Direzione Generale Welfare per una verifica preventiva da parte della Direzione Generale Welfare sulla corretta predisposizione del bando di gara con la specifica dell'esatto ammontare delle singole prestazioni richieste (lavori, servizi, forniture) e la loro incidenza percentuale relativamente all'importo complessivo dell'appalto. Nel caso non vengano effettuate osservazioni entro 30gg. vale il principio del silenzio assenso.

In merito alle procedure alle quali si applica la norma si consideri la nota della Direzione Generale Welfare H1.2013.0017627 del 14/06/2013 "Ulteriori precisazioni in merito all'applicazione dell'art. 15, comma 13, lettera e), del Decreto Legislativo 95/2012 convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012 n.135 "Redazioni dei bandi di gara e dei contratti di global service e facility management".

Si richiama l'attenzione sul fatto che l'obbligo previsto dalla legge 135 del 2012 costituisce adempimento ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo SSN.

Ogni anno l'ANAC/MEF al fine della verifica dell'adempimento LEA richiede il dettaglio delle procedure di global service e facility management con copia del capitolato / bando di gara e del successivo contratto sottoscritto i quali dovranno contenere l'esatto ammontare delle singole prestazioni richieste (lavori, servizi, forniture) e la loro incidenza % sul totale dell'appalto.

Rientra negli obiettivi dei Direttori Generali che tutte le richieste preventive inviate a Regione coincidano con i dettagli inviati ad ANAC/MEF

SISTEMA REGIONALE MONITORAGGIO BENI E SERVIZI

Dispositivi medici

Alla luce dell' Intesa sancita il 10 luglio 2014 tra il Governo, le Regione e le Province autonome di Trento e Bolzano sul nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016 si richiede un budget annuale preventivo dei consumi dei dispositivi medici per classi di CND. L'analisi riguarda le seguenti Voci di Bilancio: B.1.A.3.1 Dispositivi medici, B.1.A.3.2. Dispositivi medici impiantabili attivi e B.1.A.3.3 Dispositivi medici diagnostici in vitro. In sede di bilancio preventivo 2016 verranno inviate istruzioni alle aziende.

Flusso consumi Dispositivi Medici

Il flusso dei consumi dei Dispositivi Medici rimane il principale strumento di monitoraggio dei costi dei D.M. come da obiettivi imposti dal D.M. 11 giugno 2010.

Per avere la possibilità di migliori e più completi confronti sarà verificato anche nell'anno 2016 il grado di copertura dei dispositivi medici inviati, confrontando il valore complessivo nel flusso consumi dispositivi medici con quello indicato nelle apposite voci di Bilancio. A tal fine si ribadisce che i costi dei dispositivi medici, anche se acquistati in contratti di service, devono essere appostati nei conti di Bilancio dei dispositivi medici e che i singoli prodotti devono essere rendicontati nel Flusso consumi Dispositivi Medici.

La Struttura Fattori Produttivi, inoltre, invierà a ciascuna Azienda il Report di analisi costo dispositivi medici per CND che compara i seguenti dati:

a) Costi Dispositivi medici a preventivo 2016 suddivisi per CND;

b) Dati da flusso consumi dispositivi medici del Trimestre 2016 di riferimento;

c) Costi imputati a Bilancio trimestrale 2016 (CET) per il Trimestre di riferimento.

Alle aziende sarà richiesto di compiere tutti gli sforzi per determinare ed inviare correttamente i costi dei dispositivi medici utilizzando le linee guida e gli strumenti tecnologici dell'Osservatorio Acquisti. Da questo punto di vista verrà misurato anche il livello qualitativo dei dati inviati.

Per poter definire correttamente le basi su cui costruire le procedure di gara in particolare le gare consorziate e gli accordi quadro si richiede l'utilizzo attento e costante degli strumenti di monitoraggio messi a disposizione degli enti sanitari: 1) Il Datawarehouse regionale sul flusso dispositivi medici che

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

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

Flusso Contratti

Si ricorda l'importanza dello strumento come elemento base per la corretta determinazione del costo dei dispositivi medici. E' di primaria importanza che l'interezza delle procedure di gara e dei contratti stipulati vengano correttamente censiti con particolare attenzione a quelli che contengono dispositivi medici acquisiti a qualunque titolo.

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

E' a disposizione delle aziende sanitarie un report di ritorno sul flusso contratti dispositivi medici in cui verranno inviate alle aziende le informazioni relative ai dati di caricamento del flusso contratti con le eventuali segnalazioni di incongruenze rispetto al flusso consumi dispositivi medici.

L'obiettivo per l'anno 2016 sarà posto come percentuale di numeri di repertorio presenti sia nel flusso consumi, sia nel flusso contratti per l'anno 2016.

Monitoraggio Servizi non sanitari

Prosegue il lavoro sul monitoraggio delle performance relative ai servizi non sanitari.

E' necessario analizzare sempre in comparazione ipotesi di internalizzazione e esternalizzazione dei servizi e verificare i contratti esistenti nelle altre realtà operative anche in ottica di spending review e risparmio di costi. A tal fine è importante utilizzare i benchmarking sulla spesa storica forniti da Direzione Generale Welfare.

Flusso informativo per il monitoraggio delle grandi apparecchiature sanitarie in uso presso le strutture sanitarie pubbliche, private accreditate e private non accreditate

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

a) entro il 31 dicembre 2014 per le grandi apparecchiature sanitarie in uso alla data del 31 dicembre 2013 presso le strutture pubbliche;

b) entro il 31 dicembre 2015 per le grandi apparecchiature sanitarie in uso alla data del 31 dicembre 2014 presso le strutture sanitarie private accreditate;

c) entro il 31 dicembre 2016 per le grandi apparecchiature sanitarie in uso alla data del 31 dicembre 2015 presso le strutture private non accreditate.

Eventuali nuove categorie di apparecchiature soggette a rilevazione saranno stabilite dal Ministero della Salute.

Si richiede pertanto che le aziende procedano alla corretta alimentazione del flusso informativo NSIS seguendo le istruzioni già presenti nel portale ministeriale sia per le strutture pubbliche che per le strutture private. Le ATS verificheranno il corretto e completo caricamento delle grandi apparecchiature delle strutture private.

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

SISTEMI DI VERIFICA E DI MONITORAGGIO

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

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

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

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

b) Per quanto riguarda i servizi non sanitari anche per il 2016 i dati del monitoraggio dei servizi non sanitari saranno utilizzati per la verifica delle attività d'approvvigionamento, favorendo il confronto tra le prestazioni delle diverse Aziende Sanitarie.

Come strumento di valutazione dei risultati raggiunti viene, inoltre, chiesta una **Relazione Trimestrale**. La relazione dovrà essere inviata agli uffici regionali il giorno 15 del mese successivo alla chiusura del trimestre.

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

A fine 2016 verrà richiesto il Rendiconto Acquisto (suddivisione dei costi di acquisto di beni e servizi per tipologia di procedura effettuata: accentrata attraverso Consip/ARCA S.p.a./Consorzi oppure autonoma).

Si richiede, inoltre, di inviare con la relazione trimestrale il dettaglio di eventuali acquisti effettuati in urgenza relativi a beni/servizi contemplati in convenzioni attive Consip completando per ogni procedura il modulo che verrà fornito in seguito alle aziende.

Proroghe dei contratti di appalto – Rinnovo – C.d. clausola di adesione

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

Direzione Generale Welfare richiederà alle aziende per l'anno 2016 una verifica semestrale delle procedure d'acquisto effettuate con proroghe a contratti esistenti. La stessa dovrà essere inviata con la relazione trimestrale sugli acquisti alla fine del primo semestre e a fine anno il giorno 15 del mese successivo alla chiusura del semestre.

Sarà valutato positivamente nell'ambito degli obiettivi dei Direttori Generali l'utilizzo limitato delle proroghe e in particolare delle proroghe reiterate relative a contratti scaduti da più tempo.

Procedure negoziate per prodotti esclusivi

Per quanto riguarda le procedure negoziate senza pubblicazione di un bando di gara per prodotti esclusivi, art. 57 comma 2 lettera b) D.lgs. n. 163/2006 e ss.mm.ii. si richiede che le stazioni appaltanti nella "adeguata motivazione della delibera o determina a contrarre" inseriscano una relazione da parte dei sanitari competenti a supporto di tali motivazioni.

Si ricorda comunque che le ragioni menzionate nella lettera b) "devono reggersi su ll'assoluta e inderogabile necessità, e non su ragioni di mera opportunità e/o convenienza, di rivolgersi ad un determinato operatore economico " (Avcp del 16 luglio 2008, n. 28) e ancora e più in generale che la condizione di "esclusività" del produttore/fornitore deve essere acclarata nei modi di legge e che dunque la norma non trova applicazione "nel caso non si possa escludere a priori la presenza sul mercato di operatori in grado di soddisfare particolari esigenze tecniche" (Avcp del. 2 aprile 2009, n. 26).

OBIETTIVI 2016 – DISPOSITIVI MEDICI

Per quanto riguarda i dispositivi medici il tetto di spesa a livello regionale previsto dalla legge di Stabilità 2013, legge 228/2012, prevede un decremento (dal 4,8% per il 2013 al 4,4% dal 2014). Le misure atte al raggiungimento dell'obiettivo sono specificate nella sezione "Quadro di sistema 2016".

5.3. RISK MANAGEMENT

La gestione del rischio clinico rappresenta la leva su cui agire per migliorare la sicurezza del paziente e delle cure, nell'ambito dell'attuazione della riforma sanitaria tale aspetto dovrà essere considerato per garantire la continuità dei progetti legati alla sicurezza dei processi clinici ed assistenziali alla luce dei cambiamenti organizzativi e dei nuovi assetti.

Gli elementi utili per orientare le scelte strategiche aziendali in tema di risk management sono ricavabili dai dati relativi al contenzioso, dagli eventi sentinella in S.I.M.E.S, dai report annuali di benchmarking nonché dai sistemi di incident reporting implementati a livello aziendale.

Obiettivo regionale è di fare crescere il grado di implementazione a livello aziendale delle linee guida Ministeriali ed internazionali, attraverso l'attuazione di progetti e la **diffusione di protocolli e procedure operative in tema di sicurezza del paziente e delle cure**.

Il Piano Annuale di Risk Management anno 2016 dovrà essere elaborato con riferimento ai contenuti delle **17 Raccomandazioni Ministeriali** in materia di rischio clinico:

1. Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di cloruro di potassio – kcl – ed altre soluzioni concentrate contenenti potassio.
2. Prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico.
3. Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura.
4. Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale.
5. Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ab0.
6. Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto.
7. Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica.
8. Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari.
9. Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali.
10. Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati.
11. Prevenzione della morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extra-ospedaliero).
12. Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "lookalike/sound-alike"LASA.
13. Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie.
14. Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici.
15. Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto soccorso.
16. Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso>2500 grammi non correlata a malattia congenita.
17) Raccomandazione per la riconciliazione della terapia farmacologica

Le aree di rischio ritenute, per il 2016, prioritarie per l'attuazione dei progetti da parte di ASST e IRCCS sono:
1) Area Travaglio/Parto;
2) Infezioni Ospedaliere - Sepsi – Profilassi antibiotica in chirurgia;
3) Errori in terapia con Farmaci Antineoplastici;
4) Applicazione della Raccomandazione 17 per la riconciliazione della terapia farmacologica
5) Rischio in chirurgia – Applicazione Raccomandazioni Nr. 2 e 3 e check list in sala operatoria.

In linea generale per i temi del Rischio in Sala Parto e Errori in terapia farmacologica sono prioritari i progetti di collegamento ospedale territorio: es. progetti sulla presa in carico della partoriente e sugli indicatori utili da raccogliere prima del ricovero ospedaliero/comunicazioni sul territorio e utilizzo di mediatori linguistico-culturali presso i punti nascita per le partorienti straniere. Per le terapie con farmaci antineoplastici, presa in carico del paziente sul territorio e effetti delle terapie nel medio periodo. Applicazione della raccomandazione per la riconciliazione della terapia farmacologica.

Per quanto riguarda il rischio in sala parto, fondamentale sarà la raccolta, il monitoraggio e l'analisi dei *Trigger* attraverso lo strumento informatico messo a disposizione da Direzione Generale Welfare alle aziende. Dati che dovranno essere analizzati e posti alla base dei programmi di formazione aziendali sul tema del rischio in sala parto, privilegiando ove possibile le simulazioni con manichini in scenari di parti difficili.

La verifica regionale dell'implementazione a livello aziendale delle Raccomandazioni Ministeriali n. 2 e 3 e dell'applicazione della Check List in sala operatoria proseguirà nel corso del 2016 attraverso l'organizzazione di nuove visite gestite con lo strumento della condivisione fra esperti degli aspetti critici e Buone pratiche "Peer Review". Potranno fare parte del progetto di visita sia ASST pubbliche che private accreditate.

Per le ATS si ritiene che l'attenzione andrà posta alla realizzazione di interventi in:

1) Malattie sessualmente trasmissibili: integrazione tra i servizi;
2) Farmaceutica:
    - Interazioni farmacologiche nelle politerapie
    - Farmacovigilanza
3) Attività di vigilanza
4) Attività di prevenzione (es. screening)
5) Prevenzione e controllo delle infezioni correlate alle pratiche assistenziali nelle strutture socio-residenziali del territorio

Indicatori di processo e/o risultato: per i progetti che annualmente vengono realizzati a livello aziendale, si chiede di individuare ed esplicitare indicatori quanto più utili a rappresentare il risultato raggiunto, misurati e misurabili.

Linee di intervento e piano di azione 2016:

- Progetto assicurativo regionale: alla luce della riforma sanitaria lombarda sarà rivista la composizione degli attuali 5 raggruppamenti legali/medico legali, che pur rimanendo il più possibile in continuità con le strutture esistenti verranno ridefiniti in linea con il perimetro delle ATS;

Proseguono gli incontri dei Coordinatori dei Raggruppamenti - con cadenza mensile/bimestrale e presso la sede di Regione Lombardia - con l'obiettivo di condividere e confrontare le tecniche di gestione e di conduzione processuale dei sinistri particolarmente rilevanti:

- CVS: la tendenza a minimizzare il trasferimento del rischio alle compagnie di assicurazione si traduce sempre più nella necessità di accrescere le competenze legali e medico legali dei professionisti coinvolti nel processo di gestione del contenzioso con il supporto ed il coordinamento del Risk Manager aziendale nell'ambito dei Comitati Valutazioni Sinistri;

- Aggiornamento Data Base Regionale Sinistri

- Entro il 31.01.2016: Inserimento e aggiornamento dei dati inerenti sinistri e polizze RCT/O, cadute e infortuni fino al II semestre 2015 – come da Linee Guida con Protocollo H1.2014.0040403 del 23/12/2014; saranno utilizzate le codifiche delle Aziende esistenti, ciò per permettere il completo

trasferimento nel sistema nazionale SIMES (a cura della DG Welfare col supporto di Lombardia informatica); si precisa che dopo il 31.01.2016 non sarà più possibile inserire nuovi sinistri e polizze RCT/O relativi all'annualità 2015, che potranno essere solo oggetto di aggiornamento;

- Entro il 31.07.2016: Inserimento e aggiornamento dati inerenti sinistri e polizze RCT/O, cadute e infortuni del I sem. 2016.
  I dettagli operativi relativi alle modalità di compilazione del DB regionale alla luce della riorganizzazione prevista dalla riforma sanitaria saranno oggetto di precisazione in documento separato. Fino a quanto non verranno inviate tali informazioni non dovranno essere inseriti nuovi sinistri;
- Entro il 31.01.2017: Inserimento e aggiornamento dati inerenti sinistri e polizze RCT/O, cadute e infortuni del II semestre 2016, secondo le modalità previste ai punti precedenti.

- Promozione dei processi di ascolto/mediazione all'interno dell'Azienda e attivazione di scambi interaziendali fra mediatori per l'operatività delle équipe di ascolto e mediazione dei conflitti, dando concretezza agli indirizzi operativi regionali. Tale attività risulta ancora più importante alla luce degli schemi contrattuali assicurativi vigenti. Diventa essenziale che siano resi attivi i gruppi di ascolto aziendali garantendo ai pazienti e al personale sanitario un canale di comunicazione privilegiato che possa supportare le persone eventualmente coinvolte in eventi avversi o solo apparentemente tali.
- Segnalazione degli Eventi Sentinella attraverso SIMES (sistema informativo attivato a livello **nazionale**) mediante compilazione delle schede A e B nei termini previsti, ponendo particolare attenzione alla descrizione del caso e delle cause, dell'analisi condotta, delle azioni intraprese nonché degli indicatori di risultato per la misurazione degli effetti.

- Organizzazione di eventi formativi aziendali specifici sulle aree di maggior criticità atti a migliorare la sicurezza per il paziente.

- Dovrà essere assicurata la partecipazione dei Risk manager, responsabili CVS, Qualità e Mediatori ai 4 Network trimestrali e agli eventi formativi/informativi regionali che riguarderanno principalmente:

- Gestione dei trigger e sicurezza sala parto;
- Gestione e liquidazione dei sinistri;
- Aspetti medico legali per la valutazione del danno;
- Approfondimenti sugli eventi sentinella in SIMES e Buone pratiche (AGENAS) per incrementare la sicurezza del paziente.

5.4. PIANI DI MIGLIORAMENTO DI EFFICIENZA DELLE ASST: ATTUAZIONE LEGGE DI STABILITÀ

La legge di stabilità prevede che le regioni mettano in atto, rispetto alla loro rete di offerta di servizi ospedalieri, delle azioni di efficientamento e di miglioramento della qualità delle strutture individuando quelle critiche rispetto alle due tematiche appena citate. Il governo dovrà individuare la predetta metodologia entro il 30 giugno del 2016. Si prevede inoltre che oltre certi limiti di non rispetto di soglie di efficienza e di qualità i direttori delle AO e degli IRCCS provvedano a predisporre dei piani di rientro pluriennali.
In prima istanza nel 2016 saranno coinvolte in questo processo le AO e gli IRCCS e ad oggi il testo in fase di approvazione della legge prevede che la metodologia tenga conto delle diverse caratteristiche dei sistemi regionali.
Regione Lombardia dal 1998, a seguito della approvazione delle legge 31/1997, ha separato in modo netto le funzioni PAC (programmazione, acquisto e controllo), attribuendole alle ASL, da quelle di erogazione dei servizi attribuendole completamente alle AO.
Fino a tutto il 2015 in Regione Lombardia, differentemente da tutte le altre realtà nazionali, le AO hanno garantito anche quasi tutti i servizi afferenti al LEA territoriale (rete di emergenza urgenza territoriale, tutte le attività di specialistica ambulatoriale anche territoriali e di primo livello, tutte le attività dei servizi di salute mentale per gli adulti e di neuropsichiatria, i presidi ospedalieri minori, il livello riabilitativo ecc.).
Le AO in Lombardia, quindi, producono servizi assistenziali ed hanno assetti organizzativi ed economici non confrontabile con le altre aziende ospedaliere nazionali che sono orientate esclusivamente all'attività di ricovero e specialistica ambulatoriale (spesso di II livello) e potrebbero più correttamente rapportarsi al livello erogativo delle ASL presenti sul territorio nazionale, non previste per il momento dalle misure di miglioramento dell'efficienza prospettate
L'ulteriore avanzamento del SSR varato con la legge regionale 23/2015 ha proseguito la strada presa nel 1998, ha superato le AO ed ha attribuito alle ASST, in aggiunta alle attuali funzioni delle AO, anche gli ambiti erogativi dei servizi socio sanitari territoriali.
La peculiarità del sistema sanitario lombardo, originata da questo ulteriore sviluppo, è stata sancita anche dal governo che ha riconosciuto la compatibilità della predetta legge con il contesto normativo nazionale dandole uno status sperimentale per un quinquennio.
Il considerare così unico sul panorama nazionale il nuovo modello sanitario, che sarà in vigore dal prossimo anno, necessiterà, anche rispetto ai temi dell'efficientamento e della qualità ed efficacia delle cure, di procedere allo sviluppo di metodi di valutazione adeguati al modello stesso che non trova pari in altre regioni.
Questo lavoro, che dovrà coordinarsi con il Ministero della Salute, avverrà proseguendo sulla strada già intrapresa negli ultimi anni relativamente alla valutazione delle performance ed alla integrazione delle politiche volte a promuovere, monitorare e migliorare la qualità (PIMO) e troverà spunti di confronto e di miglioramento dal fatto che Regione Lombardia è coinvolta dal 2015 nel network di regioni coordinato dalla scuola Sant'Anna di Pisa, che condivide un modello di valutazione dei servizi sanitari e che utilizza dal 2015 il metodo in uso in Lombardia per valutare gli ospedali.

In particolare, pur evidenziando le peculiarità del modello lombardo, si interverrà nel 2016 con i seguenti interventi

1) Definizione di un sistema di rappresentazione del bilancio che permetta di isolare la quota parte di fattori produttivi collegata alle attività direttamente riconducibili a prestazioni tipiche di un'azienda ospedaliera prevista dalla L.502/92
2) Avvio dei connessi flussi informativi
3) Predisposizione di piani di miglioramento dell'efficienza per le ASST che, anche da un benchmark interno a Regione Lombardia, sono caratterizzate da un rapporto fra valore della produzione e costi inferiore alla media. Il miglioramento di tale rapporto costituirà obiettivo delle nuove direzione strategiche.

5.5. PROGRAMMA INTEGRATO DI MIGLIORAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE

Il Programma Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione (Pr.I.M.O.) approvato con D.G.R. N. X/3652 del 05.06.2015 con le seguenti finalità:

- migliorare la qualità e la sicurezza dell'assistenza sanitaria;
- promuovere un sistema di verifica della qualità e sicurezza del paziente presso le strutture sanitarie per la messa a regime di un modello di sviluppo integrato che permetta una valutazione complessiva a livello regionale;
- monitorare il miglioramento continuo della qualità e sicurezza del paziente attraverso indicatori;

Si tratta di una piattaforma integrata all'interno della quale si inseriscono: il Piano Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione, le verifiche interne e l'audit, le valutazioni di performance, il monitoraggio dell'organizzazione attraverso indicatori e indicatori/obiettivi di tutte le strutture di ricovero e cura pubbliche e private accreditate e a contratto del Sistema Sanitario Regionale lombardo attraverso percorsi di lo sviluppo delle conoscenze del sistema.

Indicazioni per la realizzazione del Piano Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione (P.I.M.O.)

La realizzazione del Piano Integrato per il Miglioramento dell'Organizzazione è responsabilità della Direzione Strategica, dovrà essere strutturata con l'evidente integrazione dei sistemi di valutazione delle performance aziendali e della gestione del rischio con il supporto informativo proveniente dai dati del monitoraggio interno, così come strutturato nell'area dedicata, dalla autovalutazione consolidata dalla check-list omonima e dagli audit interni.
Il supporto per la realizzazione del Piano di miglioramento, prevista per marzo 2017, attraverso l'analisi dei trend e l'evidenza dei miglioramenti ottenuti, è garantito dalla Direzione Generale Welfare.

5.6. POLITICHE DEL PERSONALE

5.6.1. PIANI GESTIONE RISORSE UMANE

I nuovi soggetti giuridici subentranti a seguito del processo di riforma, a parziale rettifica di quanto stabilito con la D.G.R. n. X/4338 del 20/11/2015 "*Seconde determinazioni in ordine al piano di gestione delle risorse umane per l'anno 2015 per le aziende sanitarie pubbliche, le fondazioni IRCCS di diritto pubblico e l'AREU. Prime indicazioni in ordine all'orario di lavoro e riposi giornalieri ex D.lgs. 66/2003 e ss.mm.ii.*" potranno effettuare le assunzioni ivi previste entro il termine del 31 marzo 2016 anziché 28 febbraio 2016.

Si confermano, fino a nuove determinazioni regionali, i blocchi e le relative eccezioni, previste nella D.G.R. sopra richiamata, per la dirigenza dei ruoli professionali, tecnico e amministrativo. La Direzione Generale Welfare valuterà eventuali particolari e motivate richieste in merito alla necessità di autorizzare l'avvio o la conclusione di procedure concorsuali relativamente a tali aree. A tal proposito le richieste dovranno essere trasmesse con apposita istanza sottoscritta dalla Direzione Strategica delle nuove Aziende che dovranno inoltre garantire la coerenze di tali procedure con il processo di riforma in corso.

Si invitano le nuove Aziende, inoltre, ad una particolare attenzione per l'anno 2016, a nuove assunzioni a tempo indeterminato di personale amministrativo non dirigente.

Si conferma, anche nel 2016, la determinazione del budget unico per il personale a tempo indeterminato e determinato.

5.6.2. FLUSSI INFORMATIVI SUL PERSONALE

Si conferma l'importanza della qualità dei dati presenti nel flusso Fluper quale elemento essenziale per la complessiva visione dell'intero sistema delle risorse umane del SSR, anche alla luce dell'avvio operativo della riforma.

I nuovi soggetti giuridici dovranno provvedere alla nuova individuazione del referente unico dei flussi informativi sul personale.

Verranno fornite indicazioni con specifiche circolari da parte della Direzione Generale Welfare sulle modalità di gestione di tutti i flussi, regionali e ministeriali, sul personale (Fluper, Conto Annuale, Allegato CE, Relazione Conto Annuale, Elenco Direttori Strutture Complesse) per la chiusura dell'esercizio 2015 e l'avvio dell'esercizio 2016, in coerenza con le scadenze di ciascun flusso.

5.6.3. SERVIZIO DI EMERGENZA URGENZA EXTRAOSPEDALIERO

Come già previsto dalla D.G.R. 4338/2015, si conferma che entro il mese di febbraio 2016 verrà approvata apposita deliberazione di autorizzazione all'assunzione di nuove figure professionali al fine di garantire l'operatività del servizio di Emergenza Urgenza extraospedaliera da finanziarie mediante la riduzione dell'attività attualmente prestata con turni di orario aggiuntivo in c.d. "sistema premiante".

A tal fine si da mandato ad AREU di predisporre, entro il mese di gennaio 2016, apposita ricognizione delle assunzioni necessarie alla riduzione del "sistema premiante", che dovrà tenere conto delle singole realtà aziendali e territoriali conseguenti al processo di riforma in atto e delle assegnazioni precedentemente autorizzate da Regione Lombardia ed attribuite al sistema di emergenza e urgenza extraospedaliera.

Si conferma, pertanto, che Regione Lombardia, a seguito delle assunzioni di cui sopra, autorizzerà AREU al riconoscimento dell'attività prestata in regime di "sistema premiante" nella misura massima, a livello regionale a regime, del 55% dell'importo risultante dalla certificazione del IV trimestre 2015 in un percorso graduale. In ogni caso nel 2015 l'importo riconosciuto di sistema premiante unitamente al costo effettivamente sostenuto dalle aziende per le assunzioni autorizzate, non potrà essere in nessun caso superiore al costo complessivo di sistema premiante anno 2015.
Al fine di raggiungere l'obiettivo regionale di riduzione del "sistema premiante" è indispensabile che le Aziende procedano, una volta effettuate le assunzioni nei tempi che saranno indicate dalla Regione Lombardia, all'assegnazione del predetto personale alle aree di emergenza urgenza, al fine di impiegare nell'attività extraospedaliera, in orario istituzionale, il personale già abilitato all'attività sui mezzi di soccorso.

AREU provvederà alla rendicontazione trimestralmente alla Direzione Generale Welfare dello sviluppo del progetto di ogni singola Azienda.

Nelle fasi di realizzazione di quanto sopra esposto si invitano fin da subito le Aziende alla massima e piena collaborazione con AREU per garantire la copertura dei turni sui mezzi di soccorso al fine di non determinare interruzioni di Pubblico Servizio.

5.6.4. RELAZIONI SINDACALI

La Direzione Generale Welfare, nei primi mesi dell'anno 2016, attiverà momenti periodici di confronto con le Organizzazioni Sindacali firmatarie dei CCNL dell'area della Dirigenza Medica e Veterinaria, della Dirigenza Professionale, Sanitaria, Tecnica e Amministrativa e dell'area del Comparto negli ambiti e nel rispetto delle forme di partecipazione definite dai contratti, **finalizzati alla sottoscrizione di un protocollo di relazioni sindacali**, anche al fine di individuare le migliori modalità per superare le situazioni di criticità legate alla fase attuativa della l.r. 23/15.

5.6.5. ECM-PROVIDER

In continuità con il 2015 sarà chiesto ai provider il rispetto del contenuto del Decreto regionale che regolamenta il sistema ECM-CPD lombardo, in primo luogo la trasmissione al Co.Ge.A.P.S. (Consorzio Gestione Anagrafica delle Professioni Sanitarie) e alla Regione, Ente accreditante, dei flussi relativi ai crediti formativi attraverso il tracciato unico nazionale secondo le modalità e i tempi definiti, poi il rispetto della tempistica relativa all'inserimento degli eventi nel sistema informativo al fine dell'accreditamento degli stessi e la redazione e trasmissione all'Ente accreditante della relazione sull'attività formativa svolta durante l'anno entro i tempi previsti.

5.6.6. CENTRALE OPERATIVA REGIONALE DELLA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

Considerato l'ampio consenso manifestato dalle ASL (ora ATS), si dà mandato ad AREU di realizzare nel 2016 il progetto per l'attivazione della Centrale Operativa regionale della Continuità Assistenziale con personale laico che accoglierà il numero unico nazionale per le cure mediche non urgenti 116117 in base alla l.r. 23/2015, in coerenza altresì con le previsioni normative nazionali.

5.7. TRASPARENZA E PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Si raccomanda ai Direttori Generali ed ai Responsabili della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione, una particolare attenzione all'assolvimento degli obblighi in tema di aggiornamento per l'anno 2016 del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione (PTPC) e del Programma Triennale della Trasparenza ed Integrità (PTTI), soprattutto in considerazione degli avvicendamenti e previsti cambiamenti organizzativi, che però non esentano dall'obbligo di rispettare la scadenza del 31 gennaio 2016 per l'approvazione di tali documenti. Si richiama a tal fine la nota prot. n A1.2015.107934 del 02.12.2015 a firma congiunta del Direttore Generale Welfare e del Direttore Sistema dei Controlli, Prevenzione della corruzione, Trasparenza e Privacy Officer della Presidenza di Regione Lombardia e la Determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015 pubblicata sul sito dell'ANAC - cui la nota fa riferimento - in cui sono esposte indicazioni specifiche per il Settore Sanità.

5.8. OBBLIGHI INFORMATIVI DIREZIONE STRATEGICA

Si ricorda l'impegno contenuto nei contratti dei Direttori generali che, alla luce del rapporto di fiducia tra direttori generali e Giunta, in caso di condanna anche non definitiva, anche se con pena non condizionalmente sospesa, prevede la tempestiva comunicazione alla DG Welfare di qualsiasi variazione, in corso di mandato, rispetto alle situazioni documentate antecedentemente all'assunzione in servizio . In aggiunta si precisa che al fine di assicurare il necessario raccordo operativo e fiduciario il DG aziendale e il titolare di un incarico di direzione strategica devono dare, con mezzi idonei ad assicurare la riservatezza dell'informazione, al direttore generale della direzione regionale Welfare, sempre per il tramite del DG aziendale, notizia di eventuali procedimenti penali o erariali a loro carico quali risultanti da atti di informazione di garanzia (art. 369 c.p.p.) o di invito a dedurre da parte della procura e della Corte dei Conti.

6. INTERVENTI PER EQUITA' E SEMPLIFICAZIONE NELL'ACCESSO AL SISTEMA

6.1. COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA

Nel corso del 2016 la dg Welfare, in raccordo con la DG reddito di autonomia e con il supporto di Eupolis svilupperà possibili ipotesi di un nuovo modello di compartecipazione alla spesa sanitaria e sociosanitaria (ticket e rette) che sarà confrontato anche con i sindacati firmatari dell'accordo.

Obiettivo del progetto è individuare un modello più equo di compartecipazione alla spesa sanitaria. a parità di contribuzione: ciò avverrà considerando il reddito e le condizioni morbose, oggi trattate separatamente dalla normativa nazionale, in una dinamica di interazione reciproca che possa combinare questi due elementi ed alcune caratteristiche collegate alla composizione del nucleo famigliare (per es: quoziente famigliare) e di deprivazione.

La possibilità di applicare tali modelli innovativi dovrà essere verificata con il Ministero della Salute ed il Ministero dell'Economia e delle Finanze, nell'ambito delle attività sperimentali previste in attuazione della L.R.. 23/2015.

6.1.1. RINNOVO ESENZIONI TICKET DA REDDITO

In attuazione del programma di governo della Giunta Regionale, che ha l'obiettivo di legislatura di proseguire negli interventi riduzione o rimozione delle quote di compartecipazione alla spesa sanitaria, si confermano per l'anno 2016 il diritto, specifico della Regione Lombardia, all'esenzione dalla compartecipazione alla spesa farmaceutica e per le prestazioni di specialistica ambulatoriale per i seguenti soggetti iscritti al SSR:

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

Si confermano inoltre per l'anno 2016, per i soggetti iscritti al SSR:

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

- limitatamente alla specialistica ambulatoriale, l'esenzione dal solo ticket sanitario aggiuntivo (c.d. super-ticket) di cui alla L. n. 111/2011, così come rimodulato dalla D.G.R. n. 2027 del 20.07.2011, per i cittadini e i loro familiari a carico con un reddito familiare fiscale annuale non superiore ad Euro 18.000 (E15);

- limitatamente all'assistenza farmaceutica, l'esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria (fermo restando il pagamento della differenza di prezzo nel caso in cui la scelta prescrittiva si indirizzi sul farmaco di marca al posto dell'equivalente "generico" o su un "generico" con prezzo differente da quello di riferimento, ai sensi di quanto disposto dall'articolo 7 della legge n. 405/2001) per i soggetti con età uguale o superiore a 66 anni fino ad un reddito familiare fiscale annuale pari a Euro 18.000 (codice di esenzione: E14);

- limitatamente all'assistenza farmaceutica, esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria per i soggetti affetti da patologie croniche (codice di esenzione: E30) o rare (codice di esenzione: E40) appartenenti ad un nucleo familiare con reddito complessivo non superiore a 46.600 euro, incrementato in funzione della composizione del nucleo familiare secondo i parametri desunti dalla scala di equivalenza della tabella 2 al D.Lgs. n.109/98 e successive modifiche

6.1.2. VITTIME DEL DOVERE E DELLE CATEGORIE A QUESTE EQUIPARATE OVVERO DEI FAMILIARI SUPERSTITI.

La L. 20-10-1990 n. 302 "Norme a favore delle vittime del terrorismo e della criminalità organizzata", all'art. 15 "Esenzione dai ticket sanitari" prevede:
"1. I cittadini italiani che abbiano subìto ferite o lesioni in conseguenza degli atti di cui all'articolo 1 sono esenti dal pagamento di ticket per ogni tipo di prestazione sanitaria".

Il D.P.R. 7 luglio 2006, n. 243 *"Regolamento concernente termini e modalità di corresponsione delle provvidenze alle vittime del dovere ed ai soggetti equiparati, ai fini della progressiva estensione dei benefici già previsti in favore delle vittime della criminalità e del terrorismo, a norma dell'**articolo 1, comma 565, della L. 23 dicembre 2005, n. 266**"* prevede:

- **all'art. 1, comma 1 "***Definizioni"*

"Ai fini del presente regolamento, si intendono:
a) per benefici e provvidenze le misure di sostegno e tutela previste dalle leggi 13 agosto 1980, n. 466, 20 ottobre 1990, n. 302, 23 novembre 1998, n. 407, e loro successive modificazioni, e 3 agosto 2004, n. 206" (...);

- all'art. 4 *"Ordine di corresponsione delle provvidenze"*

1. A decorrere dal 2006, alle vittime del dovere ed alle categorie a queste equiparate ovvero ai familiari superstiti, le provvidenze di cui all'articolo 1, comma 1, lettera a), ove non già attribuite interamente ad altro titolo, sono corrisposte in ragione della successione temporale delle leggi vigenti in favore delle vittime della criminalità e del terrorismo, fino ad esaurimento delle risorse annuali disponibili, secondo l'ordine di cui alle seguenti lettere:
a) in relazione alla legge 20 ottobre 1990, n. 302*:*
1) (...)
2) esenzione dal pagamento di ticket per ogni tipo di prestazione sanitaria, di cui all'articolo 15; (...).

Il DPCM 29 novembre 2001 ha definito i Livelli essenziali di assistenza (LEA), vale a dire le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale. Tale provvedimento dispone che *"sono esclusi dal livello di assistenza i materiali degli apparecchi ortodontici e delle protesi dentarie, che rimangono a carico degli assistiti".* Il DPCM in questione, ha individuato, tra l'altro, le prestazioni parzialmente escluse dai LEA. Nello specifico, il relativo Allegato 2B testualmente prevede: *"Prestazioni parzialmente escluse dai LEA in quanto erogabili solo secondo specifiche indicazioni cliniche di seguito indicate:*
a) assistenza odontoiatrica: limitatamente alle fasce di utenti e alle condizioni indicate al comma 5 art. 9 del D.Lgs.30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni. (…)".

Premessa la normativa nazionale in materia, la Giunta Regionale, con delibera n. 3111/2006 "Modifiche della erogabilità a carico del Servizio Sanitario Regionale di alcune prestazioni di specialistica ambulatoriale ai sensi del DPCM 29 novembre 2001 sui LEA e ulteriori determinazioni relative all'appropriata erogazione delle prestazioni di day hospital ed alle attività di controllo", nell'Allegato 1 "*Criteri per l'erogazione con il SSR dell'assistenza odontoiatrica"*, ha individuato specifiche categorie di utenti che, per criteri clinici o per criteri socio/economici, hanno diritto all'accesso alle prestazioni specialistiche odontoiatriche attraverso il Servizio Sanitario Regionale.

Il provvedimento in questione non ha inteso modificare il sistema di partecipazione alla spesa (ticket) per gli utenti con diritto di accesso all'assistenza odontoiatrica: il diritto ad accedere alle prestazioni odontoiatriche in regime di SSR non coincide automaticamente con il diritto all'esenzione, per cui si deve accertare prima il diritto all'erogazione delle prestazioni in regime di SSR e, di seguito, accertare il diritto ad un'eventuale esenzione dal ticket.

Nello specifico detto Allegato 1 "*Criteri per l'erogazione con il SSR dell'assistenza odontoiatrica"*, al paragrafo *"CRITERI SOCIO-ECONOMICI"* individua le categorie ritenute particolarmente vulnerabili dal punto di vista socio economico; tra queste, attualmente, vi rientrano *"le vittime del terrorismo e della criminalità organizzata e familiari (il coniuge e i figli; in mancanza dei predetti, i genitori)"*, ma non sono espressamente indicate le vittime del dovere e le categorie a queste equiparate ovvero i familiari superstiti.

In considerazione di quanto previsto dal citato D.P.R. n. 243/2006 - che estende alle vittime del dovere e alle categorie a queste equiparate ovvero ai familiari superstiti alcuni benefici già previsti in favore delle vittime della criminalità e del terrorismo - **si ritiene di integrare l'Allegato 1 "*Criteri per l'erogazione con il SSR dell'assistenza odontoiatrica"* alla D.G.R. n. 3111/2006, includendo tra i *"CRITERI SOCIO-ECONOMICI"* le vittime del dovere e le categorie a queste equiparate ovvero i familiari superstiti.**

6.2. SISTEMI INFORMATIVI

Anche per il 2016, al fine di mantenere gli attuali livelli di adesione al SISS da parte degli EGP di RSA e di svilupparli in relazione ad eventuali nuove contrattualizzazioni, le ATS sono autorizzate ad utilizzare lo schema di contratto già approvato specificando che la scadenza è riaggiornata al 31/12/2016. È altresì ammessa l'adesione volontaria da parte degli enti gestori delle altre tipologie di unità di offerta. A tal fine le ATS provvedono a stipulare specifico contratto utilizzando, con le opportune modifiche, lo schema già in uso per le RSA.

Flussi Informativi

L'assolvimento verso Regione Lombardia del debito informativo è obbligo degli enti pubblici, privati accreditati e privati non accreditati (autorizzati) ed è soggetto alla verifica per il mantenimento dei requisiti di accreditamento e autorizzazione. La mancanza di ottemperanza al debito informativo, in tutto o in parte, darà luogo alle sanzioni previste dall'articolo 27 quinquies di cui alla legge regionale 23/2015 fino a un importo massimo di 60 mila euro.

Si sottolinea pertanto l'importanza del rispetto di questo adempimento richiamando l'attenzione alla funzione di controllo da parte delle ATS anche in riferimento a quanto disposto in materia dalla Legge Regionale 23/2015.

In particolare si chiede alle ATS di garantire una forte attenzione nella gestione dei processi di correzione degli errori rilevati dal sistema SMAF con riferimento ai diversi flussi inviati. Solo l'analisi e la correzione degli errori da parte delle ATS può infatti consentire alla Direzione di procedere all'elaborazione di indicatori utili alla lettura integrata dei dati a livello di sistema e di incrementare il volume e la qualità dei dati validi ai fini dell'invio dei flussi oggetto di debito informativo ministeriale.

Flussi sanitari
Si riportano di seguito alcune indicazioni per l'anno 2016.

1. Ricoveri ospedalieri (SDO):
   Si richiama la nota prot. regionale n. G1.2015.0017242 del 23/11/2015 per tutto ciò che concerne il flusso sdo ricoveri ospedalieri per l'anno 2016

2. Attività svolte in hospice:
   Nel corso del 2016 il flusso Hospice verrà adeguato in funzione dell'allineamento al tracciato ministeriale istituito con Decreto n. 142 del 20/06/2012.

3. Abortività:
   I flussi informativi ISTAT degli aborti spontanei (mod. D11) e delle interruzioni volontarie di gravidanza (mod. D12) presentano ancora importanti discrepanze rispetto alle analoghe attività rilevate attraverso il flusso informativo delle dimissioni ospedaliere (SDO). Nel 2016 occorrerà mettere in atto specifiche iniziative per ridurre in maniera significativa tali discrepanze, nonché aggiornare lo strumento software che rileva le informazioni.

4. Certificati di assistenza al parto (CEDAP):
   Il flusso dei certificati di assistenza al parto, introdotto su tutto il territorio nazionale con Decreto 16 luglio 2001, n. 349 e regolato in Regione Lombardia con Circolare 4/SAN del 21/1/2002 e successive integrazioni è stato arricchito, a partire dagli eventi rilevati il 1/1/2016, di alcune informazioni cliniche sulla gravidanza e sul parto e di un intero capitolo che riguarda la segnalazione di eventuali eventi avversi (trigger) occorsi in sala parto

5. Coerenza tra posti letto ed attività erogate:
   Le ATS dovranno effettuare un controllo di coerenza tra i posti letto dichiarati nei cosiddetti "Flussi informativi ministeriali" (modelli HSP, STS) e le attività di ricovero effettivamente erogate (SDO).

6. Pronto Soccorso:
   Sono pervenute dal Ministero della Salute nuove indicazioni relative alla gestione di tale flusso informativo; le nuove indicazioni saranno implementate nel 2016.

7. Corretta registrazione nei flussi informativi di attività dei dati di riconoscimento individuali.

Alcuni flussi informativi di attività (SDO, prestazioni ambulatoriali, Farmaci a somministrazione diretta) contengono informazioni (codice fiscale, dati anagrafici) che identificano i singoli utenti del SSR. Il confronto tra tali dati e gli analoghi presenti nella Anagrafe degli Assistiti lombardi (NAR) segnala l'esistenza di significative differenze nelle informazioni registrate. Ne consegue, tra l'altro, che:

a) emerge del contenzioso nell'esposizione delle prestazioni erogate a cittadini supposti residenti in altre regioni;

b) le prestazioni erogate a cittadini erroneamente classificati come lombardi non vengano esposte alle regioni di competenza.

Nel 2016 saranno attivate specifiche iniziative al riguardo.

Ulteriori indicazioni tecniche verranno fornite attraverso circolari della DG Welfare.

Flussi Socio sanitari

Nel 2016 si confermano i flussi informativi per l'area sociosanitaria attraverso l'attuale sistema di acquisizione, controllo, restituzione errori SMAF (sistema Modulare di Acquisizione Flussi), con riferimento alla rete di offerta consolidata e alle misure ex D.G.R. 116/2013 (primo e secondo pilastro del welfare).

A seguito della fase sperimentale avviata nel terzo trimestre 2015, il flusso economico FE ADI viene istituito quale flusso di valorizzazione economica per l'acquisto di prestazioni di assistenza domiciliare integrata.

Il flusso SIAD, inviato dalle ATS a Regione Lombardia, in allineamento a FE ADI, verrà rilevato a cadenza trimestrale come da calendari che verranno pubblicati sulla circolare flussi riferita all'anno 2016 già a partire dal primo trimestre 2016. Resta a cadenza mensile l'invio del flusso SIAD da erogatore a ATS fino a nuove disposizioni.

Nel corso del 2016, si procederà all'introduzione di nuovi flussi informativi necessari per la messa a regime di nuove unità d'offerta.

Nuovo Flusso 730 Precompilato

Il Decreto Legislativo n. 175/2014, relativo alla predisposizione della dichiarazione dei redditi precompilata da parte dell'Agenzia delle Entrate, ha disposto che dal 2016, con la dichiarazione dei redditi 2015, il 730 sarà implementato anche con i dati delle spese sanitarie sostenute dal cittadino che danno diritto a deduzioni dal reddito o detrazioni d'imposta.

le Strutture erogatrici Pubbliche e Private accreditate lombarde che già inviano i flussi per adempiere al dettato di cui al comma 5, dell'art. 50 della Legge 326/2003 invieranno il flusso di cui al citato D.Lgs con le stesse modalità, utilizzando la piattaforma regionale già in uso e coerentemente alle indicazioni ed alla pianificazione che Regione provvederà man mano a comunicare con apposite note.

Gestione dei cittadini stranieri e mobilità internazionale

1. Prosecuzione della sperimentazione sulla iscrizione al SSR dei minori stranieri irregolarmente presenti sul territorio lombardo e sulle successive e conseguenti attività.

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

Si raccomanda di procedere ad una adeguata rendicontazione delle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture lombarde a cittadini stranieri (mobilità attiva). Una non adeguata rilevazione e rendicontazione delle prestazioni sanitarie erogate a tale categoria di cittadini dà luogo da una parte al mancato recupero di risorse aggiuntive da parte delle Amministrazioni competenti (nazionali) e dall'altra alla messa in carico al SSR lombardo di attività sanitarie (e quindi risorse) che in realtà devono risultare a carico di soggetti diversi. Le indicazioni ripetutamente fornite negli anni scorsi stanno modificando in maniera significativa le attività di rilevazione di dette prestazioni, ma la qualità e completezza delle informazioni e le rendicontazioni attraverso i flussi informativi devono essere ulteriormente migliorate.

In particolare, le attuali ASL (future ATS) si trovano a volte in difficoltà a rendicontare correttamente (attraverso i canali informativi richiesti dalla normativa) le prestazioni erogate in quanto gli erogatori di prestazioni non mettono loro a disposizione tutte le informazioni necessarie alla compilazione della modulistica.
Per superare tale difficoltà si precisa che gli importi economici riferiti alle prestazioni sanitarie erogate a cittadini europei (onere 7) che per difetto di informazione non saranno recuperati attraverso il canale della mobilità internazionale gestito dal Ministero della Salute rimarranno in carico alle strutture che hanno erogato le corrispondenti prestazioni.
Ulteriori indicazioni tecniche specifiche verranno fornite attraverso circolari della DG Welfare.

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

Particolare attenzione dovrà essere dedicata dalle ATS al monitoraggio e controllo della mobilità internazionale passiva, riferita alle prestazioni usufruite nell'Unione Europea e nelle nazioni extraeuropee per le quali esistono accordi di collaborazione sanitaria.

6.2.1. RICETTA DEMATERIALIZZATA

In riferimento al DM del 2 novembre 2011 riguardante la dematerializzazione della ricetta cartacea ed al D.L. 179/2012 in cui si definiscono gli obblighi ed i livelli di diffusione della ricetta dematerializzata sul territorio nazionale, Regione Lombardia ha avviato a fine 2014 la prescrizione dematerializzata farmaceutica.
Nel corso del 2015 si è assistito al progressivo coinvolgimento dei medici nella nuova modalità prescrittiva e ad un trend in costante crescita del volume delle prescrizioni farmaceutiche dematerializzate. Inoltre, nel mese di ottobre 2015 è stata avviata nei territori delle ASL di Brescia e Cremona, la ricetta dematerializzata specialistica territoriale (ricette prodotte da MMG/PDF) limitatamente al Laboratorio di Analisi.
Nel 2016 si rafforzerà la fase di consolidamento con l'obiettivo di andare a regime nell'ambito farmaceutico e completare l'avviamento per quanto riguarda la specialistica.
Diventa quindi fondamentale per tutti gli attori coinvolti nel processo di prescrizione/erogazione/controllo adeguarsi alle modalità che man mano verranno implementate in raccordo con i sistemi nazionali e coerentemente alle indicazioni ed alla pianificazione regionale.
In particolare, le ATS dovranno farsi parte attiva nel coinvolgimento dei propri medici convenzionati e degli EEPA afferenti al proprio territorio attraverso eventi informativi.

6.2.2. AMBITO FARMACEUTICO

Dematerializzazione della distinta contabile riepilogativa (DCR) delle farmacie e corretta rendicontazione del FUR (articolo 50) – nuova gara LISPA su contratto Farmaceutica

Ai fini di garantire la necessaria coerenza tra la DCR (distinta contabile riepilogativa) e i dati di dettaglio del FUR (articolo 50 legge n. 326/2003), indirizzando i successivi processi di controllo e la gestione dei contenziosi a recupero delle squadrature contabili (attività oggi estremamente laboriose, complesse e foriere di errori, sia per i dispendiosi processi di movimentazione di enormi quantità di documenti cartacei, sia per l'assenza di una tariffazione di dettaglio della Farmacia che può fungere da riferimento per i contraddittori), la DG Welfare dispone la revisione del Documento Contabile Riepilogativo (DCR) che preveda l'inclusione della DCR nel FUR quale elemento di dettaglio e razionale dei valori chiesti a pagamento; tale implementazione avviene a partire dal mese contabile del mese di giugno 2016, d'intesa con le OO.SS. principalmente rappresentative delle farmacie.

La DCR diviene dunque parte integrante del FUR con la conseguenza che eventuali squadrature tra i totali e il dettaglio di quanto richiesto a rimborso dalle Farmacie, devono essere possibilmente sanate prima di dar seguito ai processi di liquidazione, al pari di quanto avviene per una fattura che presenta incoerenze tra i dati esposti e, comunque, nel rispetto dei termini di pagamento come stabiliti dal DPR 371/98 e dalla D.G.R. VI/45255 del 24.09.1999.
I processi di ri-tariffazione e controllo delle prestazioni dichiarate dalla Farmacia nella nuova DCR saranno svolte come di consueto dopo le attività di pagamento e prevedono sessioni di gestione del contenzioso attraverso workflow che supporteranno le Farmacie con l'esposizione di una dettagliata analisi degli interventi effettuati dal Controllore sui dati dichiarati dalla Farmacia nella nuova DCR-FUR.
Nell'ambito di questa revisione è in fase di definizione un progetto tra RL e i Ministeri competenti (Ministero della Salute e MEF) e di concerto con le OO.SS. principalmente rappresentative delle farmacie sulla rilevazione dei dati di targatura dei farmaci e accesso alla banca centrale del sistema ministeriale NSIS.

Flussi File F e File R e dati NSIS – raccordo con i dati di tracciatura dell'industria – responsabilità delle Direzione strategica delle ASST relativamente alla correttezza dei dati

Il DL n. 179/2015 , avente per oggetto "Disposizioni urgenti in materia di contabilità e di concorso all'equilibrio della finanza pubblica delle Regioni", all'articolo 2 ha così confermato che le regioni, in coerenza con quanto disposto dall'articolo 20 del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, accertano sotto la propria responsabilità i dati relativi alla prestazioni farmaceutiche in coerenza con i dati trasmessi dalle Aziende farmaceutiche al sistema del Ministero della Salute della tracciabilità.

Considerato che tali dati sono generati dalle singole ASST nei flussi File F e File R, si conferma che la coerenza dei dati trasmessi con i valori contabili delle fatturazioni delle Ditte è obiettivo prioritario del sistema nazionale e pertanto sarà obiettivo vincolante per le nuove Direzioni Strategiche e l'eventuale non assolvimento di tale obiettivo entrerà nelle valutazioni dei Direttori.

D.G.R. n. 3940/2015 – Aggiornamento su "Un Team per le ASL"
Si richiama la D.G.R. n. 3940/2015, avente per oggetto "ESTENSIONE PER L'ANNO 2016 DELL'INCARICO N. 11311 AFFIDATO A LISPA, AI SENSI DELLA D.G.R. N. 1203 dEL 29.12.2010 - EVOLUZIONE DEL SERVIZIO DI GESTIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA - APPROVAZIONE DELL'OFFERTA TECNICO ECONOMICA (OTE) DI LISPA RELATIVA AL SERVIZIO "UN TEAM PER LE ASL", che ha disposto, tramite LIspa, il Servizio "Un Team per le ASL", per una attività straordinaria di supporto alle ASL per il recupero dei contenziosi relative alle rettifiche contabili pregresse, attività da svolgersi a partire da Settembre 2015 a Dicembre 2016. Si è evidenziato l'impossibilità del rispetto della tempistica succitata, conseguentemente, con specifico provvedimento la DG Welfare aggiornerà quanto disposto dalla D.G.R. n. 3940/2015.

Addendum alla convenzione SISS e Farmacie per i dati del flusso 730
Si richiama la D.G.R. n. X / 1427 del 28/02/2014, avente per oggetto "*DETERMINAZIONI IN MERITO AL SISS: APPROVAZIONE DELLO SCHEMA DI ACCORDO REGIONALE CON LE FARMACIE, AVENTE AD OGGETTO "RINNOVO CONVENZIONE PER L'UTILIZZO DELLA PIATTAFORMA TECNOLOGICA SISS DA PARTE DELLE FARMACIE LOMBARDE E PER LA LORO PARTECIPAZIONE AI SERVIZI MESSI A DISPOSIZIONE DAL SISTEMA SISS PER LA COMUNICAZIONE ED ELABORAZIONE DEI DATISANITARI E IL MIGLIORAMENTO DEI SERVIZI ALL'UTENZA*", che ha approvato lo schema di Accordo Regionale con le farmacie, avente ad oggetto "Rinnovo convenzione per l'utilizzo della piattaforma tecnologica SISS da parte delle farmacie lombarde e per la loro partecipazione ai servizi messi a disposizione dal sistema SISS per la comunicazione ed elaborazione dei dati sanitari ed il miglioramento dei servizi all'utenza" .

Considerato il Decreto Legislativo n. 175/2014, relativo alla predisposizione della dichiarazione dei redditi precompilata da parte dell'Agenzia delle Entrate, che ha disposto che dal 2016, con la dichiarazione dei

redditi 2015, il 730 sarà implementato anche con i dati delle spese sanitarie sostenute dal cittadino che danno diritto a deduzioni dal reddito o detrazioni d'imposta, relativamente alla gestione dei dati di spesa per l'acquisto di farmaci ed altre spese sanitarie dalle farmacie aperte al pubblico, si dispone di:

- aggiornare lo schema di Accordo Regionale con le farmacie succitato di cui alla D.G.R. n. 1427/2014, integrandolo con il sub-allegato "PROTOCOLLO DI INTESA PER L'ACQUISIZIONE DATI SPESE SANITARIE DETRAIBILI PER LA COMPILAZIONE DEL MODELLO 730" con decorrenza dal 1.1.2016 fino al 31.12.2016, salvo disdetta che potrà essere comunicata da una delle due parti con preavviso non inferiore a 90 giorni (Sub Allegato 19 "*Aggiornamento Schema di Accordo di cui alla D.G.R. n. 1427/2014*");
- dare mandato alla Direzione Generale Welfare di sottoscrivere l'Accordo aggiornato e di assumere le ulteriori determinazioni necessarie alla piena attuazione del presente disposizione

6.3. INIZIATIVE DI SEMPLIFICAZIONE

6.3.1. FARMACIA DEI SERVIZI

Il sistema farmacia è costituito da una rete estesa sul territorio lombardo che in questi anni ha dimostrato capacità di presa in carico del cittadino e corretto indirizzo dello stesso all'interno del sistema SSL, considerato che uno degli obiettivi prioritari della PA è la semplificazione dei processi amministrativi che coinvolgono il cittadino. Per l'anno 2016 la DG Welfare intende valutare la fattibilità, d'intesa con LISPA le OO.SS. principalmente rappresentative delle farmacie, dell'attivazione del sistema di pagamento del ticket delle prestazioni sanitarie nelle farmacie lombarde.
La DG Welfare valuterà in tale ambito le sperimentazioni già in atto a livello nazionale, considerando la possibilità di replica sul territorio lombardo, anche alla luce del progetto di revisione della Distinta Contabile Riepilogativa, strumento di pagamento per le competenze delle farmacie, e dei dati di dettaglio della stessa, ivi includendo la riscossione ticket avvenuta per conto delle ASST.

6.3.2. SERVIZI DI ACCOGLIENZA

I servizi di accoglienza delle nuove Aziende richiedono di essere progressivamente riorganizzati a partire dal 2016 per soddisfare le diverse necessità informative che inevitabilmente derivano dai nuovi assetti aziendali e dai nuovi modelli organizzativi finalizzati a favorire la continuità delle cure e la piena integrazione tra i servizi offerti dalle diverse strutture ospedaliere e territoriali anche con il coinvolgimento diretto dei cittadini.

Attualmente i servizi di accoglienza sono in gran parte delegati alle singole Aziende Sanitarie che provvedono autonomamente alla gestione dell'offerta di prestazioni di specialistica ambulatoriale, alla definizione ed esposizione delle relative agende di prenotazione al Call Center Regionale, ai percorsi organizzativi per la registrazione delle pratiche amministrative e per il relativo incasso della partecipazione alla spesa da parte del cittadino, alla modalità di consegna dei referti e della documentazione clinica fino alla produzione e controllo dei flussi di rendicontazione dell'attività svolta.

Negli ultimi anni sono state messe in atto diverse iniziative a livello regionale finalizzate ad avviare un percorso di gestione dell'accoglienza che, in modo sempre più coordinato e condiviso tra tutti gli enti, offra all'utenza un livello di servizio sempre più evoluto e semplifichi le modalità di accesso ai servizi. In particolare, sono stati resi disponibili diversi servizi regionali per offrire all'utenza la possibilità di prenotare, pagare e ritirare i referti senza dover necessariamente recarsi presso le Aziende Sanitarie.

Riorganizzazione dell'offerta

Particolare rilevanza ha assunto la recente iniziativa regionale **"Ambulatori Aperti"**, grazie alla quale è stato possibile effettuare un importante sforzo di revisione dell'offerta ambulatoriale da parte di molte Aziende Sanitarie al fine di dare una concreta risposta alla crescente richiesta di disponibilità a svolgere esami e prestazioni in orari serali e nei giorni festivi e prefestivi. Tale iniziativa ha consentito una rivisitazione della capacità produttiva, una rimodulazione delle agende e delle disponibilità ed un ripensamento complessivo della struttura organizzativa degli ambulatori ospedalieri e territoriali.

Nel corso del 2016, tutte le Aziende di nuova costituzione saranno chiamate a svolgere attività di analisi e riorganizzazione dell'offerta dei servizi ambulatoriali per favorire una migliore distribuzione dell'erogazione delle prestazioni nei diversi giorni della settimana e nelle diverse fasce orarie della giornata;

Riorganizzazione delle agende

Recentemente è stato inoltre definito il nuovo **Flusso Informativo "MOSA"** finalizzato a raccogliere in modo sistematico i dati strutturati ed omogenei relativi alla offerta di servizi specialistici su tutto il territorio regionale; tale iniziativa ha fornito diverse indicazioni in merito all'organizzazione dell'offerta complessiva dei servizi ambulatoriali su tutto il territorio regionale e sulla modalità di pianificazione e gestione dei servizi da parte delle Aziende.

Al fine di migliorare il livello informativo del flusso "MOSA", nel corso del 2016, verranno fornite ulteriori indicazioni sulla modalità e sulla tipologia dei dati oggetto della rilevazione.

In particolare tutte le Aziende saranno chiamate a svolgere analisi e riorganizzazione delle strutture delle agende di prenotazione al fine di semplificare le modalità di comunicazione dell'offerta e facilitare le operazioni di esposizione delle agende uniformandole sempre più a standard comuni. Ciò aumenterà ulteriormente le possibilità di prenotazione attraverso i diversi canali attivi ed in particolare favorirà la prenotazione diretta da parte dei cittadini anche con l'ausilio di servizi ICT evoluti.

Riorganizzazione dei processi di accoglienza

Quanto sopra descritto conferma l'importanza strategica di poter governare in modo omogeneo su tutto il territorio regionale l'offerta complessiva dei servizi ambulatoriali e di accoglienza. A tale proposito, nel corso del 2016, tutte le Aziende saranno chiamate a svolgere le seguenti macro attività:

- analisi e riorganizzazione dei processi di accoglienza con particolare riferimento alla gestione semplificata e trasparente dei percorsi all'interno delle strutture ambulatoriali;
- definizione di percorsi organizzativi finalizzati alla ottimizzazione del processo di "riprenotazione" delle prestazioni direttamente dagli ambulatori specialistici con ulteriore riduzione dell'accesso dell'utenza ai CUP aziendali per il perfezionamento delle pratiche amministrative;
- pianificazione di azioni finalizzate a garantire il pieno ed effettivo governo dell'offerta di prestazioni ambulatoriali a livello aziendale, con monitoraggio continuo ed in tempo reale dei tempi di attesa per ciascun ambito specialistico, mediante soluzioni che offrano la massima trasparenza all'utenza.

Semplificazione del processo di pagamento dei ticket sanitari

Le procedure di pagamento dei ticket sanitari da parte dei pazienti ambulatoriali richiede di essere ulteriormente semplificata e snellita al fine di ridurre al minimo l'accesso degli utenti agli sportelli di accettazione amministrativa, soprattutto nel caso di prenotazione effettuata attraverso i diversi canali previsti dal Call Center Regionale. La semplificazione del processo di pagamento potrà essere attuata attraverso l'introduzione di sistemi di "cassa automatiche" e/o "Totem multifunzionali", e attraverso l'abilitazione di servizi di pagamento online usufruendo in modalità integrata dei canali che saranno resi disponibili a livello regionale e nazionale.

Le aree di intervento sopra elencate saranno oggetto di specifiche indicazioni nel corso del 2016 per consentire la loro progressiva attuazione in modo uniforme ed omogeneo su tutto il territorio regionale. In particolare, al fine di facilitare la riorganizzazione dell'offerta ambulatoriale, saranno positivamente valutate proposte finalizzate alla unificazione dei sistemi applicativi di prenotazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale tra le Aziende che insistono sulla medesima area territoriale corrispondente a ciascuna delle ATS.

Indicazioni amministrative

In relazione alle previsioni della d.g.r. n.X/3993 del 4.8.2015 (par.10.7), con cui sono state fornite indicazioni per la contabilizzazione degli oneri a carico degli enti erogatori aderenti alla Rete Regionale di Prenotazione, è necessario di seguito fornire alcune ulteriori indicazioni.

In particolare, al fine di agevolare le ATS nell'attività di "detrazione degli oneri a carico della singola struttura erogatrice, per i contatti telefonici gestiti tramite la Rete Regionale di Prenotazione, dall'importo riconosciuto alla stessa (struttura erogatrice) per la prestazione erogata", la D.G. Welfare provvederà a decurtare/trattenere, dalle rimesse periodiche riconosciute alle ATS, l'ammontare degli oneri da porre a carico dei singoli enti erogatori, per i contatti gestiti dalla Rete Regionale di Prenotazione.

La previsione anzidetta si applica sia ai contatti gestiti in regime di SSN che di Libera Professione.

Così come già in essere, sarà cura dell'Ufficio CCR dell'ATS (ex ASL di Milano) comunicare alle ATS ed a ogni soggetto erogatore pubblico/privato aderente alla Rete Regionale di Prenotazione, i dati riferiti ai contatti telefonici gestiti per ogni struttura erogatrice aderente e riferiti alle informazioni, prenotazioni, spostamenti e revoche, sia in regime SSN che Libera Professione.

Sarà così possibile da parte dell'ATS detrarre da quanto riconosciuto a ogni ente erogatore, gli oneri facenti capo a quest'ultimo per i contatti gestititi dalla Rete Regionale di Prenotazione.

6.3.3. SEMPLIFICAZIONE IN AMBITO VETERINARIA

Per l'attuazione degli obiettivi di semplificazione codificati dalla U.O. Veterinaria al fine della diminuzione dei costi superflui, anche indiretti, a carico delle Autorità competenti e delle imprese del settore agro alimentare senza impattare sulla sicurezza e qualità delle produzioni si forniscono le seguenti modalità operative:

- Implementare gli obiettivi regionali di semplificazione sfruttando, tra l'altro, i margini di flessibilità previsti dalla normativa comunitaria;

- Coinvolgere i Veterinari Liberi Professionisti, i grossisti di farmaci Veterinari e gli allevatori nell'utilizzo della ricetta elettronica e nella dematerializzazione degli adempimenti di registrazione conseguenti.

6.3.4. INVIO TELEMATICO DEI CERTIFICATI D'INFORTUNIO SUL LAVORO DAI PRONTO SOCCORSO E DAI MMG

Nell'area della semplificazione interna al Sistema si colloca l'integrazione dei flussi informativi relativi ai certificati medici d'infortunio sul lavoro da parte dei sanitari dei PS delle ASST e dei MMG, c.d. servizio Gestione Certificati INAIL (GCINAIL).

Le modalità adottate per l'invio telematico dei certificati d'infortunio sono state:

- mediante integrazione degli applicativi delle attuali Aziende Ospedaliere al SISS;
- con web application, disponibile nel menu SISS.

A due anni dall'avvio del processo di dematerializzazione di detti certificati, allo scopo di migliorare la qualità delle informazioni trasmesse alle ATS nel gestionale Person@ - area Ma.P.I. (Malattie Professionali e Infortuni) – in questo modo rendendo più efficiente l'attività di controllo svolta dai Dipartimenti di Igiene e Prevenzione Sanitaria, sarà emessa una nuova release della web application GCINAIL, accessibile dal menù SISS (sono stati aggiornati sia il manuale utente sia il video), nella quale sono stati resi obbligatori i seguenti campi:

- ragione sociale dell'impresa;
- cause e circostanze dell'infortunio.

Le Aziende che hanno scelto di integrare il servizio GCINAIL alla propria architettura informatica, in esito alle indicazioni rese con nota H1.2014.0008625 del 27.02.2014, dovranno implementare la modifica intervenendo nelle singole integrazioni, secondo un piano concordato nell'anno 2016 con Lispa.

6.4. MEDICINA DI GENERE

La DELIBERAZIONE N.X/783 del 5 agosto 2015 del Consiglio Regionale recita che "la medicina di genere è *oggi considerata un pilastro fondamentale nella costruzione di sistemi sanitari innovativi e fondati sull'idea di appropriatezza delle cure*"

Per questo ATS e ASST dovranno:

1. Individuare percorsi diagnostici terapeutico assistenziali specificatamente dedicati alle donne per : patologia cardiovascolare, sindrome metabolica, diabete, cefalee, malattia reumatica, malattie autoimmuni, osteoporosi, che garantiscano a livello aziendale e territoriale un approccio multidisciplinare e multiprofessionale alla malattia, promuovendo il lavoro di equipe attraverso l'integrazione e la comunicazione trasversale tra tutti gli operatori sanitari coinvolti.
2. Stabilire, per ogni PDTA, indicatori di processo e di esito che permettano la valutazione e il monitoraggio delle azioni di miglioramento avviate e il gradimento dei pazienti. I PDTA devono avere valenza trasversale e devono coinvolgere tutti gli attori del servizio sanitario
3. Predisporre un piano annuale delle attività gender oriented e di una relazione conclusiva contenente indicatori di processo e di esito e definire percorsi di sensibilizzazione e formazione degli operatori sanitari verso il determinante genere
4. Diffondere le politiche sulla salute della donna al fine di ridurre le disuguaglianze e garantire il rispetto dei diritti umani delle donne e degli uomini e favorire momenti di sensibilizzazione nella popolazione
5. Inserire il tema della medicina di genere nei piani formativi aziendali prevedendo una attività di formazione trasversale rivolta a tutti gli operatori sanitari

6.5. PREVENZIONE E CONTRASTO ALLA VIOLENZA CONTRO LE DONNE E I MINORI

In ottemperanza a quanto di competenza del sistema socio sanitario, come previsto dal "*Piano regionale quadriennale per le politiche di parità e di prevenzione e contrasto alle violenze contro le donne*", si dispone ch**e** ATS e ASST diano attuazione a quanto in esso definito.

6.6. COOPERAZIONE INTERNAZIONALE

Beni dismessi

Ai sensi di quanto previsto dall'art. 25, comma 2, della legge regionale 11/08/2015 n. 23, nel corso del 2016 saranno fornite le indicazioni operative per la promozione e il coordinamento relativo alla cessione e all'utilizzo in Italia e all'estero, dei beni dismessi dalle Strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private regionali per ragioni umanitarie o per altri scopi, comunque non lucrativi.

Interventi sanitari umanitari

In base a quanto previsto dalla d.g.r. n. IX/2061/2011 e dalla sua integrazione e aggiornamento definiti con d.g.r. n. X/898/2013, nel 2016 continua l'attività indicata dalla Misura C di cui all'allegato della d.g.r. n. X/898/2013, che concerne l'autorizzazione alle Strutture sanitarie del territorio, per il ricovero di cittadini (bambini e giovani fino a 21 anni) provenienti da Paesi extracomunitari che non ricevono nei luoghi di provenienza, adeguata assistenza sanitaria.
Le risorse messe a disposizione per l'attuazione della Misura C, sono pari a 1 milione di euro.
Il finanziamento destinato alla Misura D, di cui all'allegato della d.g.r. n. X/898/2013, è pari a 400 mila euro.

Progetti europei

Proseguiranno le attività dei progetti europei in corso approvati dalla Commissione Europea nel 2014, sul tema dell'interoperabilità in ambito e-health.
Verrà tenuta in debita considerazione l'opportunità di promuovere la partecipazione di Regione Lombardia – DG Welfare – anche attraverso l'attivazione delle reti e partenariati già in essere, a progetti europei che dovessero presentare una forte connotazione all'innovazione e sperimentazione di modelli organizzativi finalizzati a facilitare ulteriormente i percorsi di continuità assistenziale, l'approccio multidisciplinare e integrato per la presa in carico globale del paziente e la circolazione dei saperi, delle competenze e delle buone pratiche.

Sub Allegato 1

INDICAZIONI E PASSAGGI PROCEDURALI AMMINISTRATIVI E CONTABILI AI FINI DELL'ATTUAZIONE DEL NUOVO MODELLO DI GESTIONE DEL SERVIZIO SOCIO SANITARIO REGIONALE (L.R/23/2015)

SOMMARIO

Premessa 3

1. QUADRO NORMATIVO E GIURIDICO 3

Determinazioni conseguenti alle ulteriori modifiche apportate alla L.R. n.33/2009 dalla L.C.R. n. 101 (Approvata nella seduta del 10 dicembre 2015) 4

2. IDENTIFICAZIONE DELLE FATTISPECIE DI COSTITUZIONE DELLE NUOVE AZIENDE 4

3. INQUADRAMENTO GIURIDICO ATS E ASST 9

PARTE I – Agenzie di Tutela della Salute 9

PARTE II – Aziende Socio Sanitarie Territoriali 10

ATS della Montagna e ASST Vallecamonica 11

4. ADEMPIMENTI E PROCEDURE DI TIPO AMMINISTRATIVO E FISCALE PER LA COSTITUZIONE DELLE NUOVE AZIENDE 12

4.1 Inventario di costituzione 12

4.2 Adempimenti di natura fiscale ed informativa 12

4.2.1 Adempimenti di natura fiscale 12

4.2.2 Adempimenti di natura informativa 13

Fatturazione Elettronica 14

a) Richiesta nuovi codici fiscali / P.IVA, codice IPA da attribuire alle nuove aziende 14

b) Richiesta del nuovo codice IPA aziendale, chiusura del codice IPA attribuito alle precedenti ASL ed AO e creazione/identificazione Uffici di fatturazione 15

c) Gestione periodo transitorio 18

d) Abilitazione su hub regionale dei nuovi operatori delegati ad operare 19

SCRIBA: nuovi codici Aziende e accreditamento utenti 19

FLUSSI FINANZIARI 20

Gestione del Flusso G3S 20

Pagamenti verso Fornitori 22

Anticipazione di tesoreria 22

Indicazioni in ordine alle tesorerie 23

Conti correnti postali 23

5. ADEMPIMENTI CONSEGUENTI ALLA PRESA IN CARICO DEI BILANCI 2015 E DELLE GESTIONI LIQUIDATORIE 94 E RETRO 95-97 25

6. NUOVI MODELLI DI BILANCIO: BILANCIO ECONOMICO PREVENTIVO 27

7. SISTEMA INFORMATIVO 27

8. GESTIONE DEGLI APPROVVIGIONAMENTI ATS/ASST IN REGIME CONVENZIONALE NEL PERIODO TRANSITORIO 28

Indicazioni operative relative al “Mandato con rappresentanza” 29

Premessa

In fase di applicazione della L.R. 23/2015 recante la "Evoluzione del Sistema Socio Sanitario lombardo: modifiche al Tit. I e al Tit. II della L.R. 30/12/2009, n.33", si è reso necessario effettuare approfondimenti giuridici e fiscali, considerata la complessità e per la miglior applicazione della norma, attraverso il conferimento di incarico ad esperti in materia.

A seguito dei pareri acquisiti e tenuto conto delle osservazioni formulate dalle Aziende Sanitarie in fase di invio delle prime indicazioni procedurali, si ritiene utile procedere con ulteriori integrazioni ed approfondimenti di tipo amministrativo, contabile e fiscale.

1. QUADRO NORMATIVO E GIURIDICO

Con la presente si intende fornire un inquadramento della L.r. 23/2015, con particolare riferimento all'istituzione delle Aziende di Tutela della Salute ("ATS") e delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali ("ASST") e alle conseguenze in ordine ai rapporti giuridici facenti capo a tali soggetti, nonché, alle modalità di costituzione delle nuove ATS e ASST e al conferimento in favore dei nuovi enti di funzioni, beni e risorse.

L'istituzione delle ATS e delle ASST e la loro "costituzione effettiva"

Il nuovo art. 6 della l.r. 30 settembre 2009, n. 33, così come emendato dalla L.r. 23/2015, prevede che "*sono istituite le agenzie di tutela della salute denominate ATS, come da allegato 1 che costituisce parte integrante della presente legge*". Trattasi di enti dotati di "*personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica*" a cui il legislatore attribuisce una serie di compiti in parte già assolti dalle ASL istituite ai sensi della l.r. 31/1997.

A sua volta, il nuovo art. 7 della citata l.r. 33/2009, così come emendato dalla L.r. 23/2015, prevede che "*sono istituite le aziende socio sanitarie territoriali, di seguito denominate ASST, come da allegato 1*". Anche tali enti sono dotati di "*personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica*". Trattasi di enti che "*concorrono con tutti gli altri soggetti erogatori del sistema, di diritto pubblico e privato, all'erogazione dei LEA e di eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla Regione con risorse proprie, nella logica della presa in carico della persona*". Anche in questo caso, si tratta di funzioni già svolte dalle AO e in parte dalle ASL.

L'art. 2, commi 1 e 2 della l.r. 23/2015, rubricato "*disposizioni finali e disciplina transitoria*", prevede che: "*al fine di procedere all'effettiva costituzione delle ATS e delle ASST, la Giunta regionale*" acquisirà gli esiti dell'attività di ricognizione del personale e di tutti i rapporti giuridici attivi e passivi, l'inventario dei beni patrimoniali mobili e immobili e ogni altra documentazione utile alla costituzione delle ATS e ASST.

In relazione alla costituzione di tali enti, si prevede che in ordine alla regolazione della fase transitoria "*sia garantita la continuità nello svolgimento delle funzioni e nell'erogazione delle prestazioni*" (comma 4). In secondo luogo, si prevede espressamente che "*alla data delle deliberazioni di cui al comma 4* [ovvero, delle deliberazioni di costituzione delle singole ATS e ASST]*: le ATS subentrano nei rapporti giuridici attivi e passivi facenti capo alle ASL; le ASST subentrano nei rapporti giuridici attivi e passivi facenti capo alle AO*".

Al fine di assicurare la suddetta continuità tra vecchi e nuovi enti, è richiamato il principio generale del subentro dei nuovi enti in tutti i rapporti giuridici attivi e passivi prima facenti capo alle ASL e alle AO.

Successione a titolo universale ed a titolo particolare:

Le nuove Aziende ATS ed ASST subentrano in tutte le funzioni precedentemente svolte dalle ASL e dalle AO, sebbene secondo un modello organizzativo e funzionale diverso; le considerazioni giuridiche portano a legittimare la fattispecie di *successione a titolo universale* e di *successione a titolo particolare.*

- *successione a titolo universale,* in tutti quei casi in cui le precedenti Aziende confluiscono nella loro totalità nelle ATS ed ASST: pertanto nelle ATS delle ASL e nelle ASST delle AO;
- *successione a titolo particolare,* in tutti i casi in cui è prevista la riallocazione di unità operative prima facenti capo ad ASL o AO (distretti, presidi, ecc…) e/o funzioni in favore delle nuove Aziende ASST ed ATS

Determinazioni conseguenti alle ulteriori modifiche apportate alla L.R. n.33/2009 dalla L.C.R. n. 101 (Approvata nella seduta del 10 dicembre 2015)

La modifica apportata assicura la diretta incorporazione delle ASL e delle AO, con tutto il relativo patrimonio mobiliare e immobiliare, i rapporti giuridici in essere, le articolazioni e le strutture, i distretti e i presidi, nelle ATS e ASST, senza dunque l'attivazione delle gestioni liquidatorie delle Aziende istituite ai sensi della L.R. 31/97.

2. IDENTIFICAZIONE DELLE FATTISPECIE DI COSTITUZIONE DELLE NUOVE AZIENDE

a) AZIENDE CHE OPERANO IN SOSTANZIALE CONTINUITA' AMMINISTRATIVA COSTITUITE MEDIANTE FUSIONE PER INCORPORAZIONE

Trattasi di aziende che opereranno in sostanziale continuità amministrativa.
Dal punto di vista operativo verranno costituite le nuove aziende che incorporeranno, mediante fusione per incorporazione, l'intera vecchia azienda.
Per tali aziende bisognerà gestire le aperture dei nuovi codici fiscali, partite iva, codici ipa, codifiche INPS ed ogni altro identificativo civilistico, fiscale e contributivo.

Contestualmente alla fusione per incorporazione, le nuove aziende saranno interessate da ulteriori operazioni di riassetto che sono così riassumibili:

1. CONFERIMENTO DERIVANTE DA SCISSIONE DA TERZI: l'azienda di fatto incorpora parti che derivano da scissioni parziali di altre aziende; pertanto l'operazione si configura come un *conferimento di beni* che deriva da terze aziende che a loro volta hanno operato una scissione

2. SCISSIONE PARZIALE CON CONFERIMENTO DERIVANTE DA SCISSIONE DA TERZI: in questo caso l'azienda provvede ad:
   a) effettuare una scissione parziale di un proprio ramo d'azienda che andrà a vantaggio di altre aziende;

b) aggiungerà al patrimonio rimanente, mediante conferimento, *beni* che arrivano dalla scissione parziale di ramo d'azienda di altre aziende

3. SCISSIONE PARZIALE: l'azienda provvede ad effettuare una scissione parziale di un ramo d'azienda a favore di altre aziende ma non incorpora nessun bene da terzi.

Le casistiche sopra riportate sono riferite esclusivamente alla sezione contabile bilancistica e fiscale e per tali operazioni si fa riferimento a quanto disposto dall'art. 2506 e seg. Sez. III Libro V Titolo V capo X C.C. ("scissione") e dall'art. 2501 cc e seguenti Sezione II del Libro V Titolo V capo X CC ("fusione").

Di seguito, per ogni tipologia sopra evidenziata, si fornisce l'elenco delle aziende coinvolte, cui seguiranno le opportune linee guida contabili coerenti con le opportune casistiche:

1. CONFERIMENTO DERIVANTE DA SCISSIONE DA TERZI:

CODICE	NUOVA AZIENDA ATS/ASST	COD. AZIENDA ORIGINE	AZIENDA ORIGINE	continua	cede	incorpora	TIPOLOGIA
704	ASST CENTRO SPECIALISTICO ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICO GAETANO PINI/CTO	971	AZIENDA OSPEDALIERA ISTITUTO ORTOPEDICO GAETANO PINI	si	no	presidi vari	CONFERIMENTO DERIVANTE DA SCISSIONE DA TERZI
706	ASST RHODENSE	974	AZIENDA OSPEDALIERA G. SALVINI	si	no	ASL e Presidi	CONFERIMENTO DERIVANTE DA SCISSIONE DA TERZI
708	ASST MELEGNANO E DELLA MARTESANA	975	AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALE CIRCOLO DI MELEGNANO	si	no	ASL	CONFERIMENTO DERIVANTE DA SCISSIONE DA TERZI
709	ASST DI LODI	978	AZIENDA OSPEDALIERA DELLA PROVINCIA DI LODI	si	no	ASL	CONFERIMENTO DERIVANTE DA SCISSIONE DA TERZI
710	ASST DEI SETTE LAGHI	951	AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALE DI CIRCOLO E FONDAZIONE MACCHI	si	no	ASL e Presidi	CONFERIMENTO DERIVANTE DA SCISSIONE DA TERZI
713	ASST DELLA VALTELLINA E DELL'ALTO LARIO	980	AZIENDA OSPEDALIERA DELLA VALTELLINA E DELLA VALCHIAVENNA	si	no	ASL e da Sant Anna 1 presidio	CONFERIMENTO DERIVANTE DA SCISSIONE DA TERZI
715	ASST DI LECCO	960	AZIENDA OSPEDALIERA PROVINCIALE DI LECCO	si	no	ASL	CONFERIMENTO DERIVANTE DA SCISSIONE DA TERZI
718	ASST PAPA GIOVANNI XXIII	962	AZIENDA OSPEDALIERA PAPA GIOVANNI XXIII	si	no	ASL e Presidi	CONFERIMENTO DERIVANTE DA SCISSIONE DA TERZI
720	ASST DI BERGAMO EST	964	AZIENDA OSPEDALIERA BOLOGNINI DI SERIATE	si	no	ASL e da Treviglio 1 presidio	CONFERIMENTO DERIVANTE DA SCISSIONE DA TERZI
722	ASST DELLA FRANCIACORTA	955	AZIENDA OSPEDALIERA MELLINO MELLINI	si	no	ASL	CONFERIMENTO DERIVANTE DA SCISSIONE DA TERZI
723	ASST DEL GARDA	956	AZIENDA OSPEDALIERA DI DESENZANO DEL GARDA	si	no	1 presidio ed ASL	CONFERIMENTO DERIVANTE DA SCISSIONE DA TERZI
724	ASST DI CREMONA	957	AZIENDA OSPEDALIERA ISTITUTI OSPITALIERI DI CREMONA	si	no	ASL	CONFERIMENTO DERIVANTE DA SCISSIONE DA TERZI
725	ASST DI MANTOVA	965	AZIENDA OSPEDALIERA CARLO POMA	si	no	ASL	CONFERIMENTO DERIVANTE DA SCISSIONE DA TERZI
727	ASST DI PAVIA	979	AZIENDA OSPEDALIERA DELLA PROVINCIA DI PAVIA	si	no	ASL	CONFERIMENTO DERIVANTE DA SCISSIONE DA TERZI

2. SCISSIONE PARZIALE CON CONFERIMENTO DERIVANTE DA SCISSIONE DA TERZI

CODICE	NUOVA AZIENDA ATS/ASST	COD. AZIENDA ORIGINE	AZIENDA ORIGINE	continua	cede	incorpora	TIPOLOGIA
701	ASST GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO NIGUARDA	967	AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALE NIGUARDA CA' GRANDA	si	si	ASL e presidi vari territorio milano	SCISSIONE PARZIALE CON CONFERIMENTO DERIVANTE DA SCISSIONE DA TERZI
705	ASST OVEST MILANESE	973	AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALE CIVILE DI LEGNANO	si	si	ASL	SCISSIONE PARZIALE CON CONFERIMENTO DERIVANTE DA SCISSIONE DA TERZI
707	ASST NORD MILANO	968	AZIENDA OSPEDALIERA ISTITUTI CLINICI DI PERFEZIONAMENTO	si	si	ASL e Presidi vari	SCISSIONE PARZIALE CON CONFERIMENTO DERIVANTE DA SCISSIONE DA TERZI
712	ASST LARIANA	959	AZIENDA OSPEDALIERA SANT'ANNA DI COMO	si	si	ASL	SCISSIONE PARZIALE CON CONFERIMENTO DERIVANTE DA SCISSIONE DA TERZI
716	ASST DI MONZA	977	AZIENDA OSPEDALIERA S. GERARDO DI MONZA	si	si	ASL e presidi vari	SCISSIONE PARZIALE CON CONFERIMENTO DERIVANTE DA SCISSIONE DA TERZI
717	ASST DI VIMERCATE	976	AZIENDA OSPEDALIERA DI DESIO E VIMERCATE	si	si	ASL e presidi vari	SCISSIONE PARZIALE CON CONFERIMENTO DERIVANTE DA SCISSIONE DA TERZI
719	ASST DI BERGAMO OVEST	963	AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALE TREVIGLIO CARAVAGGIO	si	si	ASL	SCISSIONE PARZIALE CON CONFERIMENTO DERIVANTE DA SCISSIONE DA TERZI
721	ASST DEGLI SPEDALI CIVILI DI BRESCIA	954	AZIENDA OSPEDALIERA SPEDALI CIVILI BRESCIA	si	si	ASL	SCISSIONE PARZIALE CON CONFERIMENTO DERIVANTE DA SCISSIONE DA TERZI
726	ASST DI CREMA	958	AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALE MAGGIORE CREMA	si	si	ASL	SCISSIONE PARZIALE CON CONFERIMENTO DERIVANTE DA SCISSIONE DA TERZI

3. SCISSIONE PARZIALE

CODICE	NUOVA AZIENDA ATS/ASST	COD. AZIENDA ORIGINE	AZIENDA ORIGINE	continua	cede	incorpora	TIPOLOGIA
325	ATS DI BERGAMO	301	asl- BERGAMO	si	si	=	SCISSIONE PARZIALE
326	ATS DI BRESCIA	302	asl- BRESCIA	si	si	=	SCISSIONE PARZIALE
328	ATS DI PAVIA	312	asl - PAVIA	si	si	=	SCISSIONE PARZIALE

b) AZIENDE COSTITUITE MEDIANTE FUSIONE PER INCORPORAZIONE E CONFERIMENTO DA SCISSIONE

Trattasi di aziende che vengono costituite dal punto di vista delle regole tecnico – contabili e fiscali, facendo riferimento alle normative previste per le fusioni per incorporazione e conferimento da scissione.
Le aziende sono pertanto configurate come il risultato di fusioni per incorporazione e in un solo caso, dalla costituzione di una nuova azienda mediante scorporo da aziende esistenti in nuova azienda beneficiaria.
Ne deriva che pertanto si dovranno gestire, anche per tali aziende, le aperture dei nuovi codici fiscali, partite iva, codici ipa, codifiche inps, ed ogni altro identificativo civilistico, fiscale e contributivo.
Le aziende nate dalla fusione per incorporazione dovranno gestire le comunicazioni civilistiche richieste e le dichiarazioni fiscali delle aziende fuse di loro competenza.
Contestualmente alla fusione per incorporazione tra le aziende come specificato nelle tabelle seguenti, le nuove aziende nate devono effettuare ulteriori operazioni di riassetto organizzativo contabile per dare corso alla configurazione definitiva delle nuove ATS ed ASST.

Le ulteriori operazioni sono così riassumibili:

1) FUSIONE PER INCORPORAZIONE CON SCORPORO DI BENI VERSO AZIENDE ESISTENTI AL 1 GENNAIO 2016 E SUCCESSIVO RICEVIMENTO DI BENI DA TERZI A SEGUITO DI SCISSIONE: questa modalità prevede che le nuove aziende, contestualmente all'operazione di fusione per incorporazione, procedano
    a. allo scorporo di beni che andranno ad essere conferiti ad altre aziende esistenti
    b. ad incorporare beni che derivano da scissioni parziali di altre aziende esistenti

2) FUSIONE PER INCORPORAZIONE CON CONTESTUALE RICEVIMENTO DA TERZI A SEGUITO DI SCISSIONE: questa modalità prevede che le aziende esistenti al 1 gennaio 2016 e derivanti da fusione per incorporazione con altre aziende, procedano ad incorporare beni che derivano da scissioni parziali di altre aziende esistenti.

3) FUSIONE PER INCORPORAZIONE CON SCORPORO DI BENI VERSO AZIENDE ESISTENTI AL 1 GENNAIO 2016: questa modalità prevede che le nuove aziende, contestualmente all'operazione di fusione per incorporazione, procedano allo scorporo di beni che andranno ad essere conferiti ad altre aziende esistenti

4) COSTITUZIONE AZIENDA BENEFICIARIA DA SCORPORO AZIENDA SCISSA: questa modalità è specifica per l'ASST Vallecamonica, che nasce dallo scorporo del ramo d'azienda della nuova ATS della Montagna.

Le casistiche sopra riportate sono normate dall'art. 2506 e seg. sez III Libro V Titolo V capo X C.C. ("scissione") e dall'art. 2501 cc e seguenti Sezione II del libro V Titolo V capo X del codice civile ("fusione").
Di seguito per ogni tipologia sopra evidenziata, si fornisce l'elenco delle aziende coinvolte, cui seguiranno le opportune linee guida contabili coerenti con le opportune casistiche:

1. FUSIONE PER INCORPORAZIONE CON SCORPORO DI BENI VERSO AZIENDE ESISTENTI AL 1 GENNAIO 2016 E CONTESTUALE RICEVIMENTO DI BENI DA TERZI A SEGUITO DI SCISSIONE:

CODICE	NUOVA AZIENDA ATS/ASST	COD. AZIENDA ORIGINE	AZIENDA ORIGINE	continua	cede	incorpora	TIPOLOGIA
323	ATS DELLA MONTAGNA	313	ASL - SONDRIO	=	si	quota 303	SCORPORO DI BENI DA AZIENDE ESISTENTI ANTE FUSIONE E SUCCESSIVA FUSIONE PER INCORPORAZIONE CON CONTESTUALE RICEVIMENTO DA TERZI A SEGUITO DI SCISSIONE
		315	ASL - VALLECAMONICA SEBINO	=	si	si	SCORPORO DI BENI DA AZIENDE ESISTENTI ANTE FUSIONE E SUCCESSIVA FUSIONE PER INCORPORAZIONE CON CONTESTUALE RICEVIMENTO DA TERZI A SEGUITO DI SCISSIONE
711	ASST DELLA VALLE OLONA	953	Azienda Ospedaliera Ospedale di Circolo di Busto Arsizio	=	si	ASL	SCORPORO DI BENI DA AZIENDE ESISTENTI ANTE FUSIONE E SUCCESSIVA FUSIONE PER INCORPORAZIONE CON CONTESTUALE RICEVIMENTO DA TERZI A SEGUITO DI SCISSIONE
		952	AZIENDA OSPEDALIERA S. ANTONIO ABATE DI GALLARATE	=	si	ASL	SCORPORO DI BENI DA AZIENDE ESISTENTI ANTE FUSIONE E SUCCESSIVA FUSIONE PER INCORPORAZIONE CON CONTESTUALE RICEVIMENTO DA TERZI A SEGUITO DI SCISSIONE
702	ASST SANTI PAOLO E CARLO	972	AZIENDA OSPEDALIERA SAN CARLO BORROMEO	=	si	ASL	SCORPORO DI BENI DA AZIENDE ESISTENTI ANTE FUSIONE E SUCCESSIVA FUSIONE PER INCORPORAZIONE CON CONTESTUALE RICEVIMENTO DA TERZI A SEGUITO DI SCISSIONE
		970	AZIENDA OSPEDALIERA SAN PAOLO	=	si	ASL	SCORPORO DI BENI DA AZIENDE ESISTENTI ANTE FUSIONE E SUCCESSIVA FUSIONE PER INCORPORAZIONE CON CONTESTUALE RICEVIMENTO DA TERZI A SEGUITO DI SCISSIONE

2. FUSIONE PER INCORPORAZIONE CON CONTESTUALE RICEVIMENTO DA TERZI A SEGUITO DI SCISSIONE:

CODICE	NUOVA AZIENDA ATS/ASST	COD. AZIENDA ORIGINE	AZIENDA ORIGINE	continua	cede	incorpora	TIPOLOGIA
703	ASST FATEBENEFRATELLI SACCO	966	Azienda Ospedaliera - Polo Universitario - LUIGI SACCO	=	no	ASL e Presidi	FUSIONE PER INCORPORAZIONE CON CONTESTUALE RICEVIMENTO DA TERZI A SEGUITO DI SCISSIONE
		969	AZIENDA OSPEDALIERA FATEBENEFRATELLI E OFTALMICO	=	no	ASL e Presidi	FUSIONE PER INCORPORAZIONE CON CONTESTUALE RICEVIMENTO DA TERZI A SEGUITO DI SCISSIONE

3. FUSIONE PER INCORPORAZIONE CON SCORPORO DI BENI VERSO AZIENDE ESISTENTI AL 1 GENNAIO 2016:

CODICE	NUOVA AZIENDA ATS/ASST	COD. AZIENDA ORIGINE	AZIENDA ORIGINE	continua	cede	incorpora	TIPOLOGIA
321	ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO	306	ASL-LODI	=	si	no	SCORPORO DI BENI DA AZIENDE ESISTENTI ANTE FUSIONE E SUCCESSIVA FUSIONE PER INCORPORAZIONE
		308	ASL-MILANO	=	si	no	SCORPORO DI BENI DA AZIENDE ESISTENTI ANTE FUSIONE E SUCCESSIVA FUSIONE PER INCORPORAZIONE
		309	ASL-MILANO 1	=	si	no	SCORPORO DI BENI DA AZIENDE ESISTENTI ANTE FUSIONE E SUCCESSIVA FUSIONE PER INCORPORAZIONE
		310	ASL-MILANO 2	=	si	no	SCORPORO DI BENI DA AZIENDE ESISTENTI ANTE FUSIONE E SUCCESSIVA FUSIONE PER INCORPORAZIONE
324	ATS DELLA BRIANZA	311	ASL - MONZA E BRIANZA	=	si	no	SCORPORO DI BENI DA AZIENDE ESISTENTI ANTE FUSIONE E SUCCESSIVA FUSIONE PER INCORPORAZIONE
		305	ASL-LECCO	=	si	no	SCORPORO DI BENI DA AZIENDE ESISTENTI ANTE FUSIONE E SUCCESSIVA FUSIONE PER INCORPORAZIONE
322	ATS DELL'INSUBRIA	303	ASL-COMO	=	si	no	SCORPORO DI BENI DA AZIENDE ESISTENTI ANTE FUSIONE E SUCCESSIVA FUSIONE PER INCORPORAZIONE
		314	ASL-VARESE	=	si	no	SCORPORO DI BENI DA AZIENDE ESISTENTI ANTE FUSIONE E SUCCESSIVA FUSIONE PER INCORPORAZIONE
327	ATS DELLA VAL PADANA	304	ASL-CREMONA	=	si	no	SCORPORO DI BENI DA AZIENDE ESISTENTI ANTE FUSIONE E SUCCESSIVA FUSIONE PER INCORPORAZIONE
		307	ASL-MANTOVA	=	si	no	SCORPORO DI BENI DA AZIENDE ESISTENTI ANTE FUSIONE E SUCCESSIVA FUSIONE PER INCORPORAZIONE

4. COSTITUZIONE AZIENDA BENEFICIARIA DA SCORPORO AZIENDA SCISSA

CODICE	NUOVA AZIENDA ATS/ASST	COD. AZIENDA ORIGINE	AZIENDA ORIGINE	continua	cede	incorpora	TIPOLOGIA
714	ASST DELLA VALCAMONICA	315	ASL - VALLECAMONICA SEBINO	si	no	ASL	COSTITUZIONE AZIENDA BENEFICIARIA DA SCORPORO AZIENDA SCISSA

3. INQUADRAMENTO GIURIDICO ATS E ASST

Di seguito si fornisce l' inquadramento per le ATS, le ASST e per ASST Vallecamonica e ATS della Montagna, in particolare in relazione ai rapporti giuridici che si definiscono in capo alle stesse in attuazione della legge regionale 23/2015.

PARTE I – Agenzie di Tutela della Salute

Rapporti giuridici

- Successione a titolo universale della ATS in tutti i rapporti attivi e passivi facenti capo alla/e ASL, ivi inclusi quelli concernenti i rami d'azienda oggetto di scissione (fatte salve le ipotesi di subentro pro quota da parte dei relativi successori a titolo particolare)

- Per quanto riguarda i contratti in essere, allorché riferibili a singoli rami d'azienda oggetto di scissione (ovvero, laddove fosse praticabile il subentro pro quota), essi potranno proseguire con l a/e ASST

beneficiaria/e (successione a titolo particolare), ferma restando la responsabilità per i debiti maturati al 31/12/2015 che resteranno in capo alla ATS

- Restano in capo alla/e ATS tutti i debiti e i crediti maturati al 31/12/2015 riferibili ai rami d'azienda oggetto di scissione, ivi incluse le relative coperture assicurative

- In relazione ai rami d'azienda scissi, ove possibile, i contratti assicurativi potranno essere suddivisi pro-quota e proseguire con la beneficiaria.

- Con riferimento, in particolare, ai contratti assicurativi riferiti alla RCT/O, si specifica che:

- La ATS subentra nella gestione dei contratti di assicurazione stipulati in origine dalla pre-esistente/dalle pre-esistenti ASL. La ATS gestisce anche la retroattività delle suddette polizze, altresì in relazione ai distretti scissi e incorporati nelle ASST e alle funzioni cedute a queste ultime. Pertanto gli eventi occorsi nel periodo sino al 31.12.2015 (relativi ai territori scissi e incorporati nelle ASST e alle funzioni cedute a queste ultime), indipendentemente da quando saranno denunciati, dovranno essere gestiti dalle polizze delle ex ASL (nella cui titolarità è subentrata la ATS), e i sinistri dovranno essere gestiti dai competenti uffici delle ATS. Per l'analisi in dettaglio si rinvia alle indicazioni relative i contratti assicurativi

- Il contratto di tesoreria proseguirà con la ATS successore a titolo universale, previo adeguamento del perimetro alla conformazione della ASL post scissione. In caso di incorporazione di più ASL nell'ATS, stante la regola della tesoreria unica, sarà necessario scegliere un solo contratto secondo criteri di prevalenza/opportunità.

PARTE II – Aziende Socio Sanitarie Territoriali

Rapporti giuridici

- Successione a titolo universale della ASST in tutti i rapporti attivi e passivi facenti capo alla/e AO incorporata/e

- Successione a titolo particolare nei rapporti attivi e passivi rientranti nel perimetro dei rami d'azienda oggetto di scissione per incorporazione

- Per quanto riguarda i contratti in essere, allorché riferibili a singoli rami d'azienda oggetto di scissione (ovvero, laddove fosse praticabile il subentro pro quota), essi potranno proseguire con la beneficiaria (successione a titolo particolare), ferma restando la responsabilità per i debiti maturati al 31/12/2015 che resteranno in capo alla ATS / alla ASST che succede a titolo universale alla ASL/AO cedente

- Restano in capo alla/e ATS/ASST che, a seguito della scissione, succedono a titolo universale alle AO/ASL cedenti, tutti i debiti e i crediti maturati al 31/12/2015 riferibili ai rami d'azienda oggetto di scissione, ivi incluse le relative coperture assicurative

- In relazione ai rami d'azienda scissi, ove possibile, i contratti assicurativi potranno essere suddivisi pro-quota e proseguire con la beneficiaria.

- Con riferimento, in particolare, ai contratti assicurativi riferiti alla RCT/O, si specifica che:

  a) per quanto concerne le strutture/i presidi scissi dalle ex Aziende Ospedaliere, la nuova ASST subentrerà nel contratto assicurativo stipulato a suo tempo dall'ente cessato, con esclusivo riferimento agli eventi che dovessero prodursi successivamente alla sua costituzione, e, dunque, a

far data dall'1.1.2016, e con una ripartizione del premio calcolata di conseguenza, vale a dire in ragione della quota di rischio trasferita. Dunque la ASST che incorpora la preesistente Azienda cedente gestirà la retroattività della polizza in relazione al presidio scisso. Di conseguenza, gli eventi occorsi nel presidio scisso, nel periodo sino al 31.12.2015, indipendentemente da quando saranno denunciati, rimarranno in carico alla ASST che incorpora la preesistente Azienda cedente e i sinistri saranno gestiti dai competenti uffici della stessa;

b) per quanto concerne i territori/le funzioni scissi dalla ex ASL e incorporati nella ASST, quest'ultima prenderà in carico unicamente gli eventi che dovessero prodursi successivamente alla sua costituzione e, dunque, a far data dall'1.1.2016. Pertanto, gli eventi occorsi sino al 31.12.2015, in relazione ai suddetti territori/alle suddette funzioni, indipendentemente da quando saranno denunciati, devono essere gestiti dalle polizze della ex ASL (nella cui titolarità è subentrata la ATS) e i sinistri devono essere gestiti dai competenti uffici della ATS.

Per l'analisi in dettaglio si rinvia alle indicazioni relative i contratti assicurativi

- Il contratto di tesoreria proseguirà con il successore a titolo universale della/e AO incorporata/e, previo adeguamento del perimetro alla conformazione della ASST post incorporazione/i. In caso di incorporazione di più enti nell'ASST, stante la regola della tesoreria unica, sarà necessario scegliere un solo contratto secondo criteri di prevalenza/opportunità.

ATS della Montagna e ASST Vallecamonica

ATS della Montagna

Rapporti giuridici

- Successione a titolo universale della ATS in tutti i rapporti attivi e passivi facenti capo alla ASL di Sondrio, ivi inclusi quelli concernenti i rami d'azienda oggetto di scissione (fatte salve le ipotesi di subentro pro quota da parte dei relativi successori a titolo particolare)
- Successione a titolo particolare nei rapporti attivi e passivi rientranti nel perimetro dei rami d'azienda oggetto di scissione per incorporazione

- Per quanto riguarda i contratti in essere, allorché riferibili a singoli rami d'azienda oggetto di scissione (ovvero, laddove fosse praticabile il subentro pro quota), essi potranno proseguire con le ASST beneficiarie (successione a titolo particolare), ferma restando la responsabilità per i debiti maturati al 31/12/2015 che resteranno in capo alla ATS fatto salvo il caso della Vallecamonica indicato di seguito

- Restano in capo alla ATS che, a seguito della scissione, succede a titolo universale alla ASL cedente, tutti i debiti e i crediti maturati al 31/12/2015 riferibili ai rami d'azienda oggetto di scissione, ivi incluse le relative coperture assicurative

- In relazione ai rami d'azienda scissi, ove possibile, i contratti assicurativi potranno essere suddivisi pro quota e proseguire con le ASST beneficiarie

- In deroga a quanto sopra affermato, per quanto riguarda nello specifico i contratti in essere riferibili al ramo scisso della ASL di Vallecamonica - ivi inclusi i contratti assicurativi - (ovvero, laddove fosse praticabile il subentro pro quota), essi potranno proseguire con la beneficiaria ATS Montagna (successione a titolo particolare), ferma restando la responsabilità per i debiti maturati al 31/12/2015 che resteranno in capo alla ASST Vallecamonica

- Restano in capo alla ASST Vallecamonica tutti i debiti e i crediti maturati al 31/12/2015 riferibili al ramo scisso della ASL Vallecamonica, ivi incluse le relative coperture assicurative

- I contratti di tesoreria proseguiranno con la ATS successore a titolo universale, previo adeguamento del perimetro alla conformazione delle ASL post scissione. Stante la regola della tesoreria unica, sarà tuttavia necessario interrompere uno dei due contratti secondo criteri di prevalenza/opportunità

ASST Vallecamonica

Rapporti giuridici

- Successione a titolo universale della ASST in tutti i rapporti attivi e passivi facenti capo alla ASL, ivi inclusi quelli concernenti i rami d'azienda oggetto di scissione (fatte salve le ipotesi di subentro pro quota da parte dei relativi successori a titolo particolare)

- Per quanto riguarda i contratti in essere, allorché riferibili a singoli rami d'azienda oggetto di scissione (ovvero, laddove fosse praticabile il subentro pro quota), essi potranno proseguire con la ATS beneficiaria (successione a titolo particolare), ferma restando la responsabilità per i debiti maturati al 31/12/2015 che resteranno in capo alla ASST

- Restano in capo alla ASST tutti i debiti e i crediti maturati al 31/12/2015 riferibili ai rami d'azienda oggetto di scissione, ivi incluse le relative coperture assicurative

- In relazione ai rami d'azienda scissi, ove possibile, i contratti assicurativi potranno essere suddivisi pro quota e proseguire con la ATS beneficiaria

- Il contratto di tesoreria proseguirà con la ASST successore a titolo universale, previo adeguamento del perimetro alla conformazione della ASL post scissione.

4. ADEMPIMENTI E PROCEDURE DI TIPO AMMINISTRATIVO E FISCALE PER LA COSTITUZIONE DELLE NUOVE AZIENDE

4.1 Inventario di costituzione

Per le aziende di nuova costituzione, a seguito della redazione dell'atto costitutivo (D.G.R. costitutiva che indicherà sede legale, strutture afferenti e funzioni/strutture temporaneamente assegnate ai nuovi soggetti), il Direttore Generale dell'Azienda provvede agli adempimenti di natura fiscale ed amministrativa entro 30 giorni.
L'inventario di costituzione verrà redatto in una prima fase con le attribuzioni dei beni mobili ed immobili; tale atto verrà reso definitivo solo a seguito di tutte le procedure di verifica a cura delle nuove Aziende ed integrato dalle altre voci patrimoniali (attivo e passivo) a seguito dell'approvazione dei bilanci d'esercizio 2015 delle aziende fuse.
Il patrimonio netto verrà pertanto determinato al termine delle integrazioni dell'inventario iniziale.

4.2 Adempimenti di natura fiscale ed informativa

Di seguito si riepilogano gli adempimenti di natura fiscale, contributiva ed informativa delle nuove AST ed ASST:

4.2.1 Adempimenti di natura fiscale

Agenzia delle Entrate - codice fiscale/Partita IVA;	Le nuove Aziende provvedono a comunicare il nominativo del Rappresentate Legale ed a

- credenziali per il Servizio Entratel Agenzia Entrate; - autorizzazione imposta di bollo virtuale.	richiedere presso l'Agenzia delle entrate: - l'apertura nuova Partita IVA - le credenziali per il Servizio Entratel - l'autorizzazione per l'imposta di bollo virtuale. All'atto della richiesta della nuova partita IVA e codice fiscale, occorre indicare la confluenza delle vecchie posizioni fiscali nelle nuove: nella domanda di attribuzione del numero di codice fiscale e dichiarazione di inizio attività dovranno essere seguite le indicazioni per i casi di fusione, ad eccezione e per la sola azienda ASST della Vallecamonica che nasce ex novo.
Adeguamento documenti fiscali (intestazione fatture/ricevute/ordini etc).	Le nuove Aziende procedono ad aggiornare i nuovi identificativi (P.IVA, C.F., DENOMINAZIONE, ecc.) nelle anagrafiche dell'Azienda ed in tutti gli identificativi civilistici, fiscali e contributivi (es. intestazione fatture, libri giornali, libri iva, dichiarazioni e certificazioni fiscali, ecc).

Dato che le aziende di nuova costituzione non potranno garantire alla data del 10 gennaio 2016, di essere in possesso dei nuovi codici fiscali, credenziali, e codici operativi per effettuare i versamenti fiscali le ASL ed AO attuali dovranno seguire la seguente procedura:

- versare i contributi previdenziali di dicembre entro il mese di dicembre
- versare le ritenute d'acconto fiscali di dicembre entro il mese di dicembre
- versare entro la data del 27 di dicembre gli acconti IVA e contestualmente effettuare una liquidazione anticipata dell'IVA split del mese di dicembre effettuando il versamento in pari data ed evitando, salvo inderogabili urgenze, il pagamento di fornitori assoggettati a Split Payment tra il 27 ed il 31 dicembre
- nel calcolo degli acconti IVA è preferibile adottare una posizione prudente e quindi effettuare acconti IVA che evitino una posizione debitoria dell'Azienda da regolarsi a saldo a gennaio 2016.

4.2.2 Adempimenti di natura informativa

Codice IPA (Indice delle Pubbliche Amministrazioni) e richiesta Codice Univoco Fatturazione elettronica	Le Aziende di nuova costituzione procederanno ad aprire nuovo codice IPA, nonché a definire i nuovi codici univoci di fatturazione elettronica. Si rinvia all'apposito paragrafo dedicato alla fatturazione elettronica.
Credenziali Piattaforma Certificazione dei crediti (PCC) – MEF: accreditamento per certificazione dei crediti, caricamento fatture ricevute ed aggiornamento stato "contabilizzato, pagato, etc", rilascio certificazione di assenza / presenza posizioni debitorie.	Le Aziende di nuova costituzione procedono ad accreditare alla PCC la nuova Azienda ed i soggetti delegati ad operare. Se si desidera accreditare un'altra Amministrazione/Ente e si è già utenti della Piattaforma (come "Responsabile" di un'altra Amministrazione), è possibile accedere al sistema con le credenziali già in proprio possesso ed

	utilizzare l'apposita funzione "Gestione Amministrazione/Ente" previa acquisizione di delega dal nuovo rappresentante legale.
HUB REGIONALE fatturazione elettronica	Le Aziende di nuova costituzione dovranno procedere alla comunicazione ai fini della gestione attraverso l'HUB regionale dei nuovi codici univoci uffici e dei nominativi abilitati.
SCRIBA	In attesa della definizione delle procedure formali per il riconoscimento da parte dei Ministeri competenti, si anticipano i nuovi codici azienda. Sono fatte salve le modalità già in uso per l'iscrizione e l'accesso al portale SCRIBA.
G3S	Si rinvia a quanto illustrato all'apposito paragrafo.
Tesoreria	Si rinvia a quanto illustrato all'apposito paragrafo.
Equitalia	Le Aziende di nuova costituzione dovranno procedere alla richiesta delle abilitazioni associate al nuovo soggetto giuridico.
Comunicazioni ai fornitori degli elementi per la fatturazione elettronica di beni e servizi di competenza 2016 e pregresse	Le Aziende dovranno procedere a comunicare tempestivamente ai fornitori i nuovi codici univoci di fatturazione elettronica, PIVA, CF, denominazione e sede legale delle nuove Aziende, modalità di trasmissione delle fatturazioni 2016 e pregresse. Si rinvia a quanto illustrato all'apposito paragrafo.

Fatturazione Elettronica

Le procedure attivate nel 2015 per la fatturazione elettronica hanno previsto l'utilizzo di un HUB regionale (piattaforma centralizzata) per la gestione delle fatture attive e passive delle Aziende Sanitarie da e verso il sistema di interscambio (SDI) dell'Agenzia delle Entrate.
A seguito della costituzione delle nuove Aziende sono state fornite in data 4 dicembre 2015 prime indicazioni al fine poter gestire il passaggio dalle vecchie codifiche aziendali alle nuove.
In particolare i nuovi adempimenti prevedono:

1. la richiesta di nuovi codici fiscali / PIVA da attribuire alle nuove aziende costituite, da ottenersi possibilmente entro il 31 dicembre 2015
2. la richiesta del nuovo codice IPA aziendale e chiusura del codice IPA attribuite alle precedenti ASL ed AO e identificazione Uffici
3. la gestione periodo transitorio (intercorrente tra l'1.1.2016 e l'attivazione effettiva dei codici)
4. l'abilitazione su HUB regionale dei nuovi operatori delegati ad operare

a) Richiesta nuovi codici fiscali / P.IVA, codice IPA da attribuire alle nuove aziende

Per accelerare l'attivazione del nuovo codice fiscale/P.IVA delle nuove Aziende è richiesto ai nuovi Direttori Generali di attivarsi, non appena formalizzata la nomina, per la richiesta del codice fiscale/PIVA presso l'Agenzia delle Entrate di competenza e all'accreditamento dell'ente presso l'IPA, in modo da consentire la piena operatività dell'Azienda a partire dall'1.1.2016, così come previsto dalla DGR "Regole di Sistema 2016".

b) Richiesta del nuovo codice IPA aziendale, chiusura del codice IPA attribuito alle precedenti ASL ed AO e creazione/identificazione Uffici di fatturazione

Come sopra precisato, i Direttori Generali delle nuove Aziende ATS ed ASST dovranno richiedere l'attivazione del nuovo codice IPA aziendale da sottoscrivere mediante propria firma digitale. All'assegnazione del codice IPA, l'Azienda (ATS ed ASST) dovrà immediatamente provvedere alla creazione del/dei codici uffici dedicato alla fatturazione elettronica e disattivare i codici IPA delle vecchie aziende (ex ASL ed AO), non appena disponibile il nuovo codice e il servizio sia attivo anche sull'HUB regionale. Non dovranno quindi sussistere, in ogni caso, due codici IPA contemporaneamente, in modo da non creare confusione verso i fornitori in merito all'Azienda verso la quale emettere fattura.
Si riportano di seguito le istruzioni per l'accreditamento delle nuove Aziende su IPA.

Accreditamento

Per accreditarsi all'iPA è necessario che l'Ente abbia:

1. un **certificato di firma digitale** rilasciato da una Certification Authority, accreditata da Agid a emettere certificati qualificati e conforme a quanto previsto dall'art. 47, comma 2 lettera a) del CAD. L'intestatario del certificato deve essere una persona titolata a rappresentare l'Ente/azienda (verosimilmente non sarà il referente). Un requisito imprescindibile di tale certificato è la presenza nel campo o= (organization) dell'identificativo dell'Ente/azienda;
2. una **modalità operativa** utile all'apposizione della firma;
3. una **casella PEC**.

Per iscriversi è necessario:

- **compilare il modulo di richiesta** di accreditamento on line che verrà proposto all'utente dopo aver selezionato Avvia la procedura di accreditamento presente in fondo alla pagina. Confermati i dati, il sistema invierà alla casella di posta del Referente la versione elettronica del modulo compilato;
- **verificare la correttezza delle informazioni** riportate nel modulo ricevuto per email;
- **firmare digitalmente** il modulo (con il certificato indicato nel precedente punto 1);
- **inviare il modulo** da una casella PEC all'indirizzo **ipa@pec.agid.gov.it** entro 30 giorni dalla formulazione della richiesta. La PEC con cui verrà inviato il modulo firmato, dovrà obbligatoriamente contenere nell'oggetto l'identificativo della richiesta, presente nel modulo in alto a destra. Si specifica, inoltre, che la casella ipa@pec.agid.gov.it non è abilitata alla ricezione di messaggi di posta elettronica ordinaria.

Il nuovo codice amministrazione e i relativi uffici, creati secondo le logiche esplicitate nella precedente comunicazione, dovranno essere tempestivamente comunicati ai fornitori e diffusi attraverso i propri canali aziendali, unitamente alle nuove anagrafiche aziendali ed al nuovo Codice Fiscale/PIVA.

Di seguito si riporta lo schema di comunicazione standard da inviare ai fornitori.

A tutti i fornitori aziendali

Oggetto: Evoluzione Sistema Socio Sanitario Lombardo – L.R. 23/2015

A seguito della Legge Regionale 23 del 11/08/2015 e da successivi decreti attuativi, dal 01/01/2016 sarà operativa la nuova "***ASST/ATS……" (denominazione Azienda)***. La nuova ASST/ATS subentrerà a titolo di successione universale in tutte le funzioni precedentemente svolte dalla A.O./ASL …….. e *subentrerà a titolo di successione particolare in tutte le funzioni erogative svolte della A.S.L.*

Tutte le fatture elettroniche datate 2015 dovranno come sempre essere inviate tramite SDI, possibilmente entro il 31/12/2015 con i seguenti riferimenti:

Denominazione Ente:	
Codice iPA:	
Codice Univoco Ufficio:	
Nome dell'Ufficio:	
Cod. fisc. del Servizio di F.E.:	
Partita Iva:	

A partire dal 1 gennaio 2016 tutte le fatture emesse dai fornitori dovranno essere intestate alla nuova azienda (nuova denominazione sociale e nuova P.IVA): non appena espletate le necessarie procedure, verranno tempestivamente divulgate tutte le informazioni in merito ai nuovi dati fiscali ed ai codici univoci ufficio per la fatturazione elettronica.

Da gennaio, per evitare che le fatture elettroniche siano "respinte", si chiede pertanto di soprassedere momentaneamente alla fatturazione 2016 (fatture datate 2016) fino a quando non verranno comunicati tutti i dati necessari mediante apposite circolari pubblicate sul sito Web aziendale ed allegate agli ordini.

Per le sole fatturazioni di beni/cespiti consegnati nel 2015, ove non sia possibile l'emissione della fattura al 31 dicembre 2015 e contestuale invio in pari data, queste potranno essere ancora intestate alle vecchie aziende, correlate al vecchio codice IPA, saranno accettate fino alla data del 15 gennaio 2016; dopo tale data saranno respinte e dovranno essere fatturate al nuovo codice IPA.

, __ dicembre 2015.

Per chiarezza si ribadisce che: nessun codice vecchio potrà essere mantenuto in vita agganciato alla nuova Azienda e che quest'ultima dovrà procedere alla creazione di tutti i nuovi uffici sulla base sia della sua vecchia configurazione, sia delle attività/funzioni che le sono derivate dai nuovi assetti, in modo da garantire che vi sia almeno un codice ufficio per ogni vecchia azienda di provenienza/sistema informativo di provenienza dell'attività acquisita secondo l'esempio di seguito formulato.

Per le Aziende che nascono dalla fusione di due o più aziende vecchie, ad esempio, si richiede di attivare almeno un codice ufficio per ogni vecchia azienda, avendo cura di denominarlo con un prefisso coincidente con la vecchia codifica aziendale.
Es.: la ATS della Città Metropolitana di Milano avrà come minimo 4 codici ufficio per la ricezione delle fatture elettroniche, ovvero:
306-Uff_Fattelet- Lodi
308- Uff_Fattelet- Milano
309- Uff_Fattelet- Magenta
310- Uff_Fattelet- Melegnano

La ATS potrà ovviamente aprire più codici ufficio correlati alla propria organizzazione amministrativa.
La configurazione sopra illustrata è essenziale soprattutto quando sono presenti più sistemi amministrativi contabili nella medesima azienda, anche della stessa ditta fornitrice. Il lavoro di riunificazione sotto un unico sistema contabile che la nuova azienda dovrà operare nel corso del 2016 porterà, successivamente, a poter riunificare anche i codici ufficio che potranno essere riconfigurati sulla base della nuova struttura amministrativa organizzativa a cui il nuovo sistema contabile si ispirerà.

c) Gestione periodo transitorio

Per gestire il periodo "transitorio" intercorrente tra la data di richiesta del nuovo codice IPA e la data di rilascio/completamento di tutte le attività conseguenti su IPA, di seguito si forniscono alcune indicazioni operative per procedere alla gestione del ricevimento delle fatture fornitori dal 1 gennaio 2016 alla data di attivazione del nuovo codice.

- Fatture per beni / cespiti consegnati nel 2015

Si raccomanda alle "vecchie" Aziende (ex ASL ed AO) di chiedere ai propri fornitori di fatturare il più possibile entro il 31 dicembre 2015 sui vecchi codici IPA ed intestate alle "vecchie" Aziende. Ove questo non sia possibile, si dovrà comunicare ai fornitori che le fatture correlate a beni/cespiti consegnati nel 2015 e fatturate nel 2016 potranno essere ancora intestate alle vecchie aziende solo se correlate al vecchio codice IPA di fatturazione elettronica e saranno accettate **fino alla data del 15 gennaio 2016**, salvo che sia attivato prima di tale data il nuovo codice IPA.
Nel caso di attivazione di nuovo codice IPA, infatti, le fatture con codice IPA "vecchio" verranno automaticamente respinte dallo SDI. Ne consegue che l'Azienda dovrà avvisare i fornitori del cambio di codice per procedere alle fatturazioni.

- Fatture per beni / cespiti consegnati nel 2016

Si deve comunicare ai fornitori che dovranno fatturare i beni / cespiti ricevuti nel 2016 al nuovo codice IPA, e con fatture intestate alla nuova Azienda con tutti i riferimenti fiscali correlati. Le nuove Aziende dovranno respingere le fatture per beni/cespiti consegnati nel 2016 qualora queste pervengano sui vecchi codici IPA.

- Fatture per servizi con competenza 2015

Si raccomanda alle "vecchie" Aziende (ex ASL ed AO) di chiedere ai propri fornitori di fatturare il più possibile entro il 31 dicembre 2015 sui vecchi codici IPA ed intestate alle "vecchie" Aziende. Ove questo non sia possibile, si dovrà chiedere ai fornitori di attendere ad emettere fattura nella seconda quindicina di gennaio con il nuovo codice IPA e con le intestazioni corrette. Anche in questo caso non appena il nuovo codice IPA sarà disponibile, l'Azienda dovrà provvedere a chiudere il vecchio codice IPA e comunicare il nuovo codice IPA ai fornitori.

- Fatture per servizi con competenza 2016

Si deve comunicare ai fornitori che dovranno fatturare i servizi di competenza 2016 al nuovo codice IPA, e con fatture intestate alla nuova Azienda con tutti i riferimenti fiscali correlati. Le nuove Aziende dovranno respingere le fatture di competenza 2016 qualora queste pervengano sui vecchi codici IPA.

d) Abilitazione su hub regionale dei nuovi operatori delegati ad operare

Restano ferme le modalità già in uso al fine dell'accreditamento degli operatori delle nuove Aziende all'HUB regionale. Sarà cura di Lombardia Informatica re-inviare le istruzioni necessarie a tale scopo. Si raccomanda inoltre di procedere tempestivamente all'invio a Lispa di tutte le informazioni necessarie all'attivazione dei nuovi codici IPA e relativi codici ufficio ai fini della corretta abilitazione sull'HUB regionale.

SCRIBA: nuovi codici Aziende e accreditamento utenti

Si anticipano i nuovi codici azienda in attesa delle formalizzazioni da parte dei Ministeri competenti

Codice ATS	Codice ATS MEF	Descrizione ATS
321	030321	ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO
322	030322	ATS DELL'INSUBRIA
323	030323	ATS DELLA MONTAGNA
324	030324	ATS DELLA BRIANZA
325	030325	ATS DI BERGAMO
326	030326	ATS DI BRESCIA
327	030327	ATS DELLA VAL PADANA
328	030328	ATS DI PAVIA

Codice ASST	Codice ASST MEF	Descrizione ASST
701	030701	ASST GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO NIGUARDA
702	030702	ASST SANTI PAOLO E CARLO
703	030703	ASST FATEBENEFRATELLI SACCO
704	030704	ASST CENTRO SPECIALISTICO ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICO GAETANO PINI/CTO
705	030705	ASST OVEST MILANESE
706	030706	ASST RHODENSE
707	030707	ASST NORD MILANO
708	030708	ASST MELEGNANO E DELLA MARTESANA
709	030709	ASST DI LODI
710	030710	ASST DEI SETTE LAGHI
711	030711	ASST DELLA VALLE OLONA
712	030712	ASST LARIANA
713	030713	ASST DELLA VALTELLINA E DELL'ALTO LARIO
714	030714	ASST DELLA VALCAMONICA
715	030715	ASST DI LECCO
716	030716	ASST DI MONZA
717	030717	ASST DI VIMERCATE
718	030718	ASST PAPA GIOVANNI XXIII
719	030719	ASST DI BERGAMO OVEST
720	030720	ASST DI BERGAMO EST
721	030721	ASST DEGLI SPEDALI CIVILI DI BRESCIA
722	030722	ASST DELLA FRANCIACORTA
723	030723	ASST DEL GARDA
724	030724	ASST DI CREMONA
725	030725	ASST DI MANTOVA
726	030726	ASST DI CREMA
727	030727	ASST DI PAVIA
920	030920	INRCA CENTRO PER LE BRONC. - CASATENOVO
922	030922	IRCCS ISTITUTO NAZIONALE DEI TUMORI
923	030923	IRCCS ISTITUTO NEUROLOGICO CARLO BESTA
924	030924	IRCCS POLICLINICO SAN MATTEO
925	030925	IRCCS OSPEDALE POLICLINICO DI MILANO

Si rende necessario definire puntualmente i nominativi dei funzionari accreditati all'accesso ed all'utilizzo della Piattaforma Web per l'invio dei documenti di Bilancio delle nuove ATS ed ASST, nonchè dei Bilanci d'esercizio 2015 delle precedenti Aziende.
Sono fatte salve le modalità già in uso per l'iscrizione e l'accesso al portale SCRIBA, di cui al fac simile di cui sotto, da trasmettere mediante lettera sottoscritta dal nuovo Direttore Generale, nei primi giorni del mese di Gennaio 2016.

CODICE NUOVA AZIENDA……

……

sez a) Elenco nominativi da abilitare

Cod Ente_2016	Cod Ente_2015	NOME e COGNOME REFERENTE	RUOLO	EMAIL	CODICE FISCALE	TELEFONO
			Dirigente della U.O. Economico Finanziaria			
			Dirigente della U.O. Risorse Umane			
			Dirigente Dipartimento Cure Primarie			
			Funzionario#1 addetto alla Ragioneria			
			Funzionario#2 addetto alla Ragioneria			
			Addetto della segreteria della Direzione Strategica			
			Direttore Dipartimento ASSI			
			Direttore Dipartimento Dipendenze			
			Altro responsabile Direzione Sociale			
			Dirigente Controllo di Gestione			

N.B.: TUTTI I CAMPI DEVONO ESSERE COMPILATI

sez b) Elenco firmatari Bilanci Rendicontazioni Trimestrali

Cod Ente_2016	Cod Ente_2015	NOME e COGNOME REFERENTE	RUOLO	EMAIL	CODICE FISCALE	TELEFONO
			Dirigente della U.O. Economico Finanziaria			

N.B.: TUTTI I CAMPI DEVONO ESSERE COMPILATI

IL DIRETTORE GENERALE

_____

FLUSSI FINANZIARI
Gestione del Flusso G3S

Le nuove Aziende dovranno formalizzare gli atti necessari per il subentro dei rapporti per la gestione dei pagamenti tramite Finlombarda, anche ai fini del mandato irrevocabile.
In particolare, il nuovo mandato prevederà che i rapporti giuridici in essere, connessi al pagamento dei fornitori mediante il FSS istituito da Regione Lombardia e gestito da Finlombarda S.p.A. per il tramite del sistema informativo G3S, proseguono in capo alle ATS ed alle ASST neo-costituite.
Finlombarda S.p.A. e Lombardia Informatica S.p.A. sono incaricate di procedere agli opportuni adeguamenti per garantire continuità nei pagamenti dei fornitori in capo ai nuovi enti.
Nello specifico Finlombarda S.p.A. è incaricata di procedere all'acquisizione e formalizzazione dei contratti di mandato irrevocabile dei nuovi enti, che sostituiranno a tutti gli effetti i mandati in essere a decorrere dal 1 gennaio 2016.

Si confermano i criteri di corretta rappresentazione e gestione dei pagamenti, attraverso il sistema G3S: le aziende sono tenute ad una verifica puntuale del pieno allineamento tra i dati

inviati al sistema centralizzato e quanto derivante dai sistemi contabili aziendali. Inoltre è necessaria una tempestiva regolarizzazione, compensazioni con cadenza mensile dei pagamenti effettuati con la ATS di appartenenza nei limiti contrattualizzati nel rispetto della competenza economica.
Le aziende saranno invitate da Finlombarda entro il 31 dicembre 2015 a riconciliare tutte le partite aperte presenti in G3S con i propri dati contabili e provvedere all'aggiornamento della situazione su G3S qualora questa non risulti allineata con la contabilità aziendale.
Questa attività è propedeutica alla apertura dei nuovi codici identificativi delle nuove Aziende sul sistema G3S su cui verranno travasate tutte le partite aperte delle "vecchie" aziende afferenti alle nuove.
Finlombarda e Lispa emaneranno apposite circolari per indicare alle nuove aziende gli eventuali interventi di aggiornamento dell'interfaccia di comunicazione con G3S; la normale operatività sarà comunque garantita senza sostanziali interruzioni.
Adempimenti da porre in essere per la chiusura al 31.12.15
Obiettivo: arrivare al 31.12.15 con la situazione in G3S delle vecchie AS il più ordinata possibile, in modo da minimizzare i problemi derivanti dalle fusioni / scissioni tra Aziende
A tal fine, sarebbe necessario:

a) Chiudere in G3S tutte le fatture aperte già pagate. Come più volte raccomandato alle AS, occorre procedere alla chiusura in G3S di tutte le fatture pagate sia tramite la gestione diretta che tramite FL al fine di garantire la quadratura dei dati. Tale attività deve essere svolta anche per le fatture oggetto di Split Payment.
b) Processare tutte le anomalie di pagamento, quali storni non gestiti ed errati beneficiari. Occorre procedere entro il 31.12 al pagamento di tutte le fatture precedentemente stornate dall'istituto di credito o eventualmente pagate ad un soggetto errato (anomalie di pagamento) per poter procedere alla chiusura del debito.
c) Limitare la presenza di fatture pagate parzialmente ai soli casi di contenzioso. Al fine di limitare i casi in cui una fattura, sia a gestione diretta che centralizzata, venga pagata da due soggetti diversi (es."vecchia" AS nel 2015 e "nuova" AS nel 2016), si raccomanda di verificare tutti i pagamenti parziali finora effettuati e di procedere, laddove possibile, al pagamento della quota restante entro il 2015. I pagamenti attraverso FSS dovranno essere gestiti in modo da poterli riconciliare entro il 31.12, come di seguito descritto.
d) Procedere al pagamento di tutte le fatture già liquidate. Al tal fine occorre richiedere alle vecchie AS di inviare tutti i mandati entro e non oltre il 21 dicembre, per poter procedere alla riconciliazione degli esiti dei pagamenti in G3S e alla chiusura delle relative scritture contabili da parte delle AS entro il 31 dicembre 2015.
e) Chiusura delle compensazioni tra vecchi soggetti: chiusura dei documenti contabili

Verranno successivamente messe a disposizioni le procedure al fine di eliminare possibili anomalie informatiche e predisporre il sistema per la riapertura, tra cui:

a) la cristallizzazione della situazione al 31.12. Una volta ottenuta una situazione ordinata in G3S, si dovrebbe procedere a cristallizzare la situazione delle fatture e dei pagamenti al 31.12, in modo da avere a disposizione una copia di sicurezza della base dati di chiusura senza che venga modificata dagli eventi successivi;
b) creazione / transcodifica dei codici univoci di G3S.

Adempimenti da porre in essere per l'apertura all'1.1.16
Obiettivo: assicurare la continuità dell'operatività

Sono in fase di analisi al fine delle successive indicazioni:

a) le modalità di aggiornamento delle viste del portale AS, in modo da consentire a ciascuna AS di vedere solo le fatture ed i pagamenti di propria competenza ed aggiornare la reportistica delle ex ASL (che vedevano i pagamenti delle AO di loro competenza).
b) le modalità di gestione degli storni e dei riaccrediti che avverranno nel 2016 a fronte di pagamenti effettuati nel 2015, in particolare per individuare correttamente l'Azienda che dovrà procedere al nuovo pagamento. Tali modifiche andranno a interessare fatture in stato chiuso al 31.12, quindi non transcodificabili.
c) Le nuove modalità di compensazione tra ASST e ATS.

Pagamenti verso Fornitori

La gestione dei pagamenti verso i fornitori deve garantire il rispetto delle scadenze delle fatture (30/60 giorni, fatto salvo i contratti vigenti con altre tempistiche) e la continuità anche nella fase di avvio delle nuove ATS ed ASST.
Pertanto le singole Aziende dovranno fornire chiare indicazioni in merito alle modalità di fatturazione elettronica anche per la gestione delle competenze 2015 e pregresse.
Obiettivo per il corrente esercizio è un ulteriore impulso alla riduzione dei tempi di pagamento, verifica richiesta anche in sede di Tavoli Adempimenti MEF. Per il raggiungimento di un ulteriore miglioramento dei tempi di pagamento è fondamentale il rispetto dei tempi e delle regole in materia da parte di tutti gli attori del sistema.
Permane l'obbligatorietà della dichiarazione mensile del Direttore Generale (scadenza giorno 10 di ogni mese) circa il rispetto dei tempi di pagamento dei fornitori in coerenza con quanto dichiarato nella Piattaforma di cui all'art. 41 Dl 66/2014 convertito con modificazioni nella L. 23 giugno 2014 n.89, nonché della pubblicazione dell'indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti richiesto dalle disposizioni nazionali.
Permane altresì l'obbligo di adempiere ai debiti informativi finanziari mensili e trimestrali (Budget di Cassa e schede correlate), nel rispetto della qualità e della tempistica.

Anticipazione di tesoreria

L'art. 12 della L.R. 5 agosto 2014 n. 24 "Ottimizzazione della gestione di cassa degli enti sanitari di cui alle lettere da a) a d) della Sezione II dell'Allegato A1 della L.R. 30/2006)" ha introdotto nuove norme circa il ricorso alle anticipazioni di tesoreria da parte degli Enti sanitari pubblici lombardi.
In estrema sintesi, Regione Lombardia, al fine di azzerare gli oneri derivanti dall'utilizzo di anticipazioni di tesoreria, provvederà a destinare parte della liquidità regionale per far fronte ai fabbisogni di cassa, sia ordinari che straordinari, degli enti sanitari regionali, limitando il ricorso alle anticipazioni da parte degli istituti tesorieri aziendali ai casi autorizzati dalla Regione.
Le modalità e le condizioni per l'accesso all'anticipazione di liquidità ordinaria, ai finanziamenti straordinari e per l'autorizzazione al ricorso al proprio Tesoriere sono in corso di definizione da parte della Giunta Regionale.
In via transitoria, sino all'adozione del provvedimento deliberativo, le Aziende potranno avvalersi del proprio tesoriere con le modalità vigenti.

Nuove determinazioni in ordine all'anticipazione di Tesoreria alle nuove Aziende
E' in corso di definizione, a livello centrale, l'entità delle anticipazioni di Tesoreria delle nuove ATS ed ASST, sulla base di dati provvisori delle precedenti Aziende Sanitarie.

Indicazioni in ordine alle tesorerie

Ogni nuova Azienda dovrà procedere al fine dei seguenti adempimenti:
- individuazione del nuovo Istituto Tesoriere secondo i criteri di prevalenza esplicitati nella nota linea guida sui contratti di tesoreria inviata via mail dalla Direzione Generale Welfare in pari data;
- richiesta di apertura della nuova contabilità speciale al MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE (MEF) - Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato I.GE.P.A. Ufficio XII (Via XX Settembre, 97 00187 – ROMA), la cui gestione competerà all'Istituto Tesoriere individuato;
- richiesta al MEF di attivazione del codice ISTAT per le segnalazioni SIOPE del nuovo soggetto.

Ciascuna Azienda (attuali ASL e AO) avrà cura di:
- provvedere tempestivamente a trasmettere all'attuale Tesoriere gli ordinativi di riscossione e di pagamento per le operazioni contabili da chiudere entro fine anno, compresi i pagamenti relativi ai contributi previdenziali, fiscali ed alle imposte;
- provvedere tempestivamente alla regolarizzazione dei sospesi (provvisori di entrata e di uscita) e preferibilmente non oltre il 5 gennaio 2016;
- trasferire le disponibilità esistenti al 31 dicembre 2015 (comprendente i regolamenti della giornata contabile del 31 dicembre) sulle preesistenti contabilità alla contabilità speciale del soggetto incorporante, d'intesa con il cassiere;
- richiedere la chiusura dei rapporti e dei servizi accessori in capo al Tesoriere cessante (conti correnti e depositi, contratti POS, servizio di ritiro valori, riscuotitori automatici, carte di pagamento, postazioni ATM ed eventuale sportello bancario interno), credenziali accesso, ecc;
- richiedere al MEF la chiusura delle attuali contabilità speciali e contestuale trasferimento (alla contabilità speciale del soggetto incorporante) di eventuali versamenti successivamente affluiti;

Le nuove aziende ATS e ASST avranno cura di:
- richiedere l'attivazione dei nuovi rapporti e dei servizi accessori al cassiere individuato, se diverso dal preesistente (conti correnti e depositi, contratti POS, servizio di ritiro valori, riscuotitori automatici, carte di pagamento, ecc.);
- comunicare ai propri debitori le nuove coordinate bancarie, volturare le eventuali domiciliazioni bancarie (addebiti diretti) e le garanzie fidejussorie;
- aggiornare l'intestazione e la traenza dei conti correnti postali, coinvolgendo il referente commerciale di Poste Italiane;
- effettuare il deposito firme nei confronti del Tesoriere, comunicando anche i corrispondenti certificati di sottoscrizione digitale.

Resta inteso che l'operatività contabile delle aziende dovrà essere improntata alle regole tecniche del Protocollo per l'Ordinativo Informatico.

Conti correnti postali

Con la variazione della P. IVA e della ragione sociale, occorre procedere all'apertura di nuovo conto corrente.
Da una prima verifica è emersa la possibilità di trasferire la titolarità dei conti correnti dalla precedente azienda sanitaria al nuovo soggetto costituito.

Vale anche l'eventuale possibilità di mantenere aperti i conti correnti per un periodo transitorio in attesa di rendere definitivamente operativi i nuovi.

5. ADEMPIMENTI CONSEGUENTI ALLA PRESA IN CARICO DEI BILANCI 2015 E DELLE GESTIONI LIQUIDATORIE 94 E RETRO 95-97

Di seguito vengono elencati i nuovi soggetti a cui vengono assegnati gli adempimenti civilistici e fiscali relativi al bilancio consuntivo d'esercizio 2015 delle vecchie aziende e gli adempimenti relativi al controllo di gestione ed alla resa del conto giudiziale da trasmettere alla Corte dei Conti:

CODICE	SOGGETTO CUI VENGONO ASSEGNATI GLI ADEMPIMENTI CIVILISTI E FISCALI RELATIVI AL BILANCIO CONSUNTIVO 2015 DELLE VECCHIE AZIENDE	CODICE AZIENDA ORIGINE	AZIENDA ORIGINE
321	ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO	306	ASL-LODI
		308	ASL-MILANO
		309	ASL-MILANO 1
		310	ASL-MILANO 2
322	ATS DELL'INSUBRIA	303	ASL-COMO
		314	ASL-VARESE
323	ATS DELLA MONTAGNA	313	ASL - SONDRIO
324	ATS DELLA BRIANZA	305	ASL-LECCO
		311	ASL - MONZA E BRIANZA
325	ATS DI BERGAMO	301	asl- BERGAMO
326	ATS DI BRESCIA	302	asl- BRESCIA
327	ATS DELLA VAL PADANA	304	ASL-CREMONA
		307	ASL-MANTOVA
328	ATS DI PAVIA	312	asl - PAVIA
701	ASST GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO NIGUARDA	967	AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALE NIGUARDA CA' GRANDA
702	ASST SANTI PAOLO E CARLO	970	AZIENDA OSPEDALIERA SAN PAOLO
		972	AZIENDA OSPEDALIERA SAN CARLO BORROMEO
703	ASST FATEBENEFRATELLI SACCO	966	Azienda Ospedaliera - Polo Universitario - LUIGI SACCO
		969	AZIENDA OSPEDALIERA FATEBENEFRATELLI E OFTALMICO
704	ASST CENTRO SPECIALISTICO ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICO GAETANO PINI/CTO	971	AZIENDA OSPEDALIERA ISTITUTO ORTOPEDICO GAETANO PINI
705	ASST OVEST MILANESE	973	AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALE CIVILE DI LEGNANO
706	ASST RHODENSE	974	AZIENDA OSPEDALIERA G. SALVINI
707	ASST NORD MILANO	968	AZIENDA OSPEDALIERA ISTITUTI CLINICI DI PERFEZIONAMENTO
708	ASST MELEGNANO E DELLA MARTESANA	975	AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALE CIRCOLO DI MELEGNANO
709	ASST DI LODI	978	AZIENDA OSPEDALIERA DELLA PROVINCIA DI LODI
710	ASST DEI SETTE LAGHI	951	AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALE DI CIRCOLO E FONDAZIONE MACCHI
711	ASST DELLA VALLE OLONA	952	AZIENDA OSPEDALIERA S. ANTONIO ABATE DI GALLARATE
		953	Azienda Ospedaliera Ospedale di Circolo di Busto Arsizio
712	ASST LARIANA	959	AZIENDA OSPEDALIERA SANT'ANNA DI COMO
713	ASST DELLA VALTELLINA E DELL'ALTO LARIO	980	AZIENDA OSPEDALIERA DELLA VALTELLINA E DELLA VALCHIAVENNA
714	ASST DELLA VALCAMONICA	315	ASL - VALLECAMONICA SEBINO
715	ASST DI LECCO	960	AZIENDA OSPEDALIERA PROVINCIALE DI LECCO
716	ASST DI MONZA	977	AZIENDA OSPEDALIERA S. GERARDO DI MONZA
717	ASST DI VIMERCATE	976	AZIENDA OSPEDALIERA DI DESIO E VIMERCATE
718	ASST PAPA GIOVANNI XXIII	962	AZIENDA OSPEDALIERA PAPA GIOVANNI XXIII
719	ASST DI BERGAMO OVEST	963	AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALE TREVIGLIO CARAVAGGIO
720	ASST DI BERGAMO EST	964	AZIENDA OSPEDALIERA BOLOGNINI DI SERIATE
721	ASST DEGLI SPEDALI CIVILI DI BRESCIA	954	AZIENDA OSPEDALIERA SPEDALI CIVILI BRESCIA
722	ASST DELLA FRANCIACORTA	955	AZIENDA OSPEDALIERA MELLINO MELLINI
723	ASST DEL GARDA	956	AZIENDA OSPEDALIERA DI DESENZANO DEL GARDA
724	ASST DI CREMONA	957	AZIENDA OSPEDALIERA ISTITUTI OSPITALIERI DI CREMONA
725	ASST DI MANTOVA	965	AZIENDA OSPEDALIERA CARLO POMA
726	ASST DI CREMA	958	AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALE MAGGIORE CREMA
727	ASST DI PAVIA	979	AZIENDA OSPEDALIERA DELLA PROVINCIA DI PAVIA

Di seguito viene riportata la tabella per ogni nuova azienda a cui sono attribuite le incombenze correlate alle gestioni liquidatorie 94 e retro e 95-97:

CODICE	SOGGETTO CUI VENGONO ASSEGNATE LE INCOMBENZE CORRELATE ALLE GESTIONI LIQUIDATORIE 94 E RETRO E 95-97	CODICE AZIENDA ORIGINE	AZIENDA ORIGINE	Gestione Liquidatoria esercizi 94 e precedenti Az.de USSL lr 28 (Ussl e Pmao ex lr 35)	Gestione Liquidatoria esercizi 95/97 Az.de USSL	Gestione Liquidatoria attività socio-assistenziale Az.de USSL
321	ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO	306	ASL-LODI	25 (54, 55 e 56)		25
		308	ASL-MILANO	36, 37, 38, 39, 40, 41 (75/1, 75/2, CPA, 75/3, 75/4, 75/5, 75/6, 74 e 76)	36, 37, 38, 39, 40 e 41	36, 37, 38, 39, 40 e 41
		309	ASL-MILANO 1			32, 33, 34 e 35
		310	ASL-MILANO 2			26 e 27
322	ATS DELL'INSUBRIA	303	ASL-COMO			5 e 6
		314	ASL-VARESE			1, 2, 3 e 4
323	ATS DELLA MONTAGNA	313	ASL - SONDRIO	9 (20, 21, 22, 23 e 24)	9	9
324	ATS DELLA BRIANZA	305	ASL-LECCO			7 e 8
		311	ASL - MONZA E BRIANZA			28, 29, 30 e 31
325	ATS DI BERGAMO	301	asl- BERGAMO			10, 11, 12 e 13
326	ATS DI BRESCIA	302	asl- BRESCIA	15 (37)	15	14, 15, 16, 17, 18, 19
327	ATS DELLA VAL PADANA	304	ASL-CREMONA			23 e 24
		307	ASL-MANTOVA			20, 21 e 22
328	ATS DI PAVIA	312	asl - PAVIA	42, 43 e 44 (77, 78 e 79)	42, 43 e 44	42, 43 e 44
701	ASST GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO NIGUARDA	967	AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALE NIGUARDA CA' GRANDA	La propria		
702	ASST SANTI PAOLO E CARLO	970	AZIENDA OSPEDALIERA SAN PAOLO	La propria		
		972	AZIENDA OSPEDALIERA SAN CARLO BORROMEO	La propria		
703	ASST FATEBENEFRATELLI SACCO	966	Azienda Ospedaliera - Polo Universitario - LUIGI SACCO	La propria		
		969	AZIENDA OSPEDALIERA FATEBENEFRATELLI E OFTALMICO	La propria		
704	ASST CENTRO SPECIALISTICO ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICO GAETANO PINI/CTO	971	AZIENDA OSPEDALIERA ISTITUTO ORTOPEDICO GAETANO PINI	La propria		
705	ASST OVEST MILANESE	973	AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALE CIVILE DI LEGNANO	34, 35 (69, 70, 71, 72 e 73)	34, 35	
706	ASST RHODENSE	974	AZIENDA OSPEDALIERA G. SALVINI	32 e 33 (67 e 68)	32 e 33	
707	ASST NORD MILANO	968	AZIENDA OSPEDALIERA ISTITUTI CLINICI DI PERFEZIONAMENTO	La propria		
708	ASST MELEGNANO E DELLA MARTESANA	975	AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALE CIRCOLO DI MELEGNANO	26 e 27 (57, 58)	26 e 27	
709	ASST DI LODI	978	AZIENDA OSPEDALIERA DELLA PROVINCIA DI LODI			
710	ASST DEI SETTE LAGHI	951	AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALE DI CIRCOLO E FONDAZIONE MACCHI	La propria e la 1 (1, 2, 3, 4)	1	
711	ASST DELLA VALLE OLONA	952	AZIENDA OSPEDALIERA S. ANTONIO ABATE DI GALLARATE	2 (5 e 6)	2	
		953	Azienda Ospedaliera Ospedale di Circolo di Busto Arsizio	3 e 4 (7, 8 e 9)	3 e 4	
712	ASST LARIANA	959	AZIENDA OSPEDALIERA SANT'ANNA DI COMO	5 e 6 (10, 11, 12, 13, 15, 18, 19 e 80)	5 e 6	
713	ASST DELLA VALTELLINA E DELL'ALTO LARIO	980	AZIENDA OSPEDALIERA DELLA VALTELLINA E DELLA VALCHIAVENNA	La propria		
714	ASST DELLA VALCAMONICA	315	ASL - VALLECAMONICA SEBINO			
715	ASST DI LECCO	960	AZIENDA OSPEDALIERA PROVINCIALE DI LECCO	7 e 8 (14, 16, 17)	7 e 8	
716	ASST DI MONZA	977	AZIENDA OSPEDALIERA S. GERARDO DI MONZA	La propria, 31 (65,66)	31	
717	ASST DI VIMERCATE	976	AZIENDA OSPEDALIERA DI DESIO E VIMERCATE	28, 29, 30 (59, 60, 61, 62, 63)	28, 29, 30	
718	ASST PAPA GIOVANNI XXIII	962	AZIENDA OSPEDALIERA PAPA GIOVANNI XXIII	La propria		
719	ASST DI BERGAMO OVEST	963	AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALE TREVIGLIO CARAVAGGIO	11, 13 (27, 28, 32 e 33)	11, 13	
720	ASST DI BERGAMO EST	964	AZIENDA OSPEDALIERA BOLOGNINI DI SERIATE	10 e 12 (25, 26, 29, 30, 31)	10 e 12	
721	ASST DEGLI SPEDALI CIVILI DI BRESCIA	954	AZIENDA OSPEDALIERA SPEDALI CIVILI BRESCIA	La propria 16, 18 (38, 41, 44)	16 e 18	
722	ASST DELLA FRANCIACORTA	955	AZIENDA OSPEDALIERA MELLINO MELLINI	14 (34, 35 e 36)	14	
723	ASST DEL GARDA	956	AZIENDA OSPEDALIERA DI DESENZANO DEL GARDA	17 e 19 (39, 40, 42, 43)	17 e 19	
724	ASST DI CREMONA	957	AZIENDA OSPEDALIERA ISTITUTI OSPITALIERI DI CREMONA	20 (45 e 50-52)	20	
725	ASST DI MANTOVA	965	AZIENDA OSPEDALIERA CARLO POMA	21, 22 (46, 47, 48, 49)	21, 22	
726	ASST DI CREMA	958	AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALE MAGGIORE CREMA	23 e 24 (51, 53)	23 e 24	
727	ASST DI PAVIA	979	AZIENDA OSPEDALIERA DELLA PROVINCIA DI PAVIA			

6. NUOVI MODELLI DI BILANCIO: BILANCIO ECONOMICO PREVENTIVO

Sono in fase di predisposizione i nuovi modelli di bilancio economico preventivo delle ATS e ASST, che tengono conto delle seguenti esigenze:

- apertura nuovi conti in capo ad ASST relativi all'attribuzione delle nuovi funzioni socio sanitarie territoriali;
- creazione di nuovi conti dedicati a partite intercompany "L.r. 23/2015" per la gestione delle attività inerenti il periodo transitorio;
- sezionale specifico per le attività territoriali (ASST);
- sezionale dedicato ad attività emergenza urgenza 118 AREU;
- sezionale dedicato per attività di libera professione.

Si evidenzia che il bilancio consuntivo Stato Patrimoniale 2016 per le ASST dovrà tenere conto anche dei sezionali "attività territoriali".
I nuovi modelli di bilancio prevedranno altresì degli appositi conti di credito e debito da rilevare in appositi partitari dedicati esclusivamente agli effetti transitori della "L.r. 23/2015"; verranno fornite successive indicazioni al fine di consentire la tracciatura delle operazioni con l'utilizzo di software dedicati.
Si ribadiscono le disposizioni di cui al D. Lgs 118/2011 che prevedono la riconduzione univoca del piano dei conti aziendale al piano dei conti regionale.

7. SISTEMA INFORMATIVO

Le ATS e ASST dovranno dotarsi di un sistema informativo univoco composto in maniera integrata da tutti i singoli flussi informativi necessari alla programmazione ed alla valutazione delle attività sanitarie.
Le nuove Direzioni dovranno pertanto procedere a formalizzare il percorso e le attività da mettere in atto per effettuare le opportune integrazioni dei sistemi che dovranno essere portate a compimento entro la fine del 2016: in sede di Certificazione Trimestrale si chiede di esporre nella Relazione sulla Gestione lo stato di avanzamento delle procedure di accorpamento dei sistemi e comunque dovrà essere garantita la correttezza e l'integrità delle informazioni contabili che verranno fornite alle scadenze dei vari flussi.
Si precisa che poiché, tutte le ASST/ATS dovranno procedere a rendicontazioni (Bilancio di Previsione, CET, Bilancio d'esercizio) in modalità unitaria e riconducibile alla nuova partita IVA/codice fiscale del nuovo soggetto, è necessario prevedere la riconduzione delle anagrafiche (articoli, clienti, fornitori) e dei conti di gestione del budget ad un unico piano dei conti aziendale.
Al fine di assicurare continuità nell'erogazione delle prestazioni, e non pregiudicare i bisogni degli utenti, occorre mettere in atto nella fase transitoria del passaggio delle funzioni perla presa in carico delle nuove attività anche mediante la sottoscrizione di *accordi/convenzioni* per garantire la gestione della fase transitoria, che comunque dovrà prevedere il passaggio definitivo delle attività entro breve termine.
Seguiranno ulteriori indicazioni in merito al trattamento contabile ed alle procedure di contabilizzazione delle operazioni che verranno definite "Intercompany da L.r. 23/2015".

8. GESTIONE DEGLI APPROVVIGIONAMENTI ATS/ASST IN REGIME CONVENZIONALE NEL PERIODO TRANSITORIO

L'istituto giuridico del *"mandato con rappresentanza"*, previsto e disciplinato dagli art 1703 e segg. del codice civile (Titolo III capo IX), anche alla luce degli approfondimenti in campo civilistico e fiscale, è stato identificato per disciplinare i rapporti contrattuali che, nella fase di transizione, a far data dal 1 gennaio 2016, continueranno ad essere gestiti dalla mandataria (normalmente ATS) che agirà in nome e per conto della mandante (normalmente ASST).
La mandataria pertanto in virtù del potere conferitole dalla mandante di rappresentarla, agirà di fronte ai terzi, in nome e per conto di quest'ultima.
A titolo esemplificativo e non esaustivo, vengono elencate alcune attività che potrebbero essere oggetto del mandato:

- Erogazione diretta farmaci – tipologia 13 del File F : nota 18535 del 27/11/2015 DG Welfare
- Gestione dell'Assistenza Protesica di cui al DM 332/99: nota 19560 del 4/12/2015 DG Welfare

A tale fine le Aziende coinvolte dovranno sottoscrivere appositi accordi interaziendali e/o convenzioni in forma scritta; si riportano gli elementi essenziali da considerare:

- Identificazione del mandante (normalmente ASST) e del mandatario (normalmente ATS)
- Oggetto del mandato (ad es. attività di erogazione diretta farmaci tip. 13 File F, servizio ossigenoterapia, servizio nutrizione domiciliare, protesica minore e maggiore, ecc., con correlato potere di emissione di ordini in nome e per conto, gestione magazzini di terzi (carichi e scarichi), gestione liquidazione [accesso a visualizzare/scaricare fatture intestate alla mandante)
- Poteri del mandatario:
  - sottoscrivere in nome e per conto della mandante tutta la documentazione necessaria all'approvvigionamento (es. emissione ordini di acquisto, corrispondenza relativa all'esecuzione dell'ordine, etc) effettuando tutte le attività e ponendo in essere tutti gli atti richiesti al fine del reperimento dei dati e delle informazioni necessarie alla corretta esecuzione del servizio oggetto del contratto
  - ricevere la merce (se previsto dall'oggetto) nei magazzini ad essa destinati e correlata documentazione (DDT);
  - verificare che i beni siano conformi all'ordinato ed i servizi alle condizioni di contratto;
  - acquisire <u>in copia</u> (o ricevere dalla mandante) la documentazione contabile (fatture, note di accredito etc.) destinate alla mandante;
  - procedere alla liquidazione delle fatture, comunicandone l'esito alla mandante (a cui resterà in carico la regolazione finanziaria).
- Poteri di liquidazione: l'atto deve prevedere una chiara identificazione dei Soggetti / Strutture titolati alla liquidazione delle fatture
- Deroga alla disciplina del mandato: in deroga a quanto previsto dall'art. 1709 CC, il rapporto di mandato che intercorre tra la mandataria e la mandante deve intendersi come gratuito.
- Durata: il mandato, qualora non intervenga una revoca anticipata per giustificati motivi, avrà termine con l'esaurimento della fase di transizione (di cui alle delibere di costituzione delle nuove Aziende: massimo sei mesi)

Indicazioni operative relative al "Mandato con rappresentanza"

Si ritiene di fornire le principali indicazioni operative in capo alle nuove Aziende:

- la mandataria emette l'ordine in nome e per conto della mandante e lo trasmette al fornitore ed in copia alla mandante: l'ordine emesso con i sistemi gestionali dalla mandataria dovrà riportare l'indicazione *"in nome e per conto della mandante + nome Azienda*" esplicitando che la fatturazione dovrà essere intestata alla mandante e riportando il relativo codice univoco dedicato aperto dalla mandante;
- il fornitore emette la fattura elettronica direttamente intestata alla mandante e le trasmette al codice univoco dedicato;
- la mandante riceve elettronicamente le fatture e le mette a disposizione della mandataria e del personale/struttura "dedicata" alla liquidazione;
- la mandante acquisisce la liquidazione e procede al pagamento diretto o tramite Finlombarda delle fatture del fornitore.

La gestione degli ordini a cura della mandataria dovrà consentire la separata rilevazione dalle operazioni aziendali ("tra i conti d'ordine"), attivando, la gestione di magazzini separati aziendali, per la rilevazione del carico e dello scarico, in quanto trattasi di beni di proprietà della mandante.

Si dispone la creazione di tanti "magazzini" quanti sono le mandanti in nome e per conto delle quali si agisce.
Analogamente si dovrà procedere per i contratti, sui quali emettere gli ordini: tutte le implicazioni relative al trattamento dei CIG sono oggetto di un quesito trasmesso all'Autorità di Vigilanza, le cui indicazioni verranno comunicate non appena disponibili.

Si suggerisce di creare, a cura della mandante, degli appositi codici ufficio, da comunicare ai fornitori, per la ricezione delle fatture elettroniche relative alle attività oggetto del mandato (es. Territorio_Fatt_Elettronica). E' in corso di analisi l'attivazione di "viste" dedicate ad operatori di Azienda non destinataria della fattura elettronica per solo codice univoco ufficio come sopra rilevato.

La rilevazione del costo di acquisto dovrà pertanto essere effettuata solo in capo alla mandante, così come la relativa regolazione finanziaria.

Tale modalità contrattuale non dà origine alla contabilizzazione di partite Intercompany cd "LR 23/2015".

Comunicazione ai fornitori:
Si invita a fornire una capillare informativa ai Fornitori interessati al fine della corretta fatturazione elettronica dei nuovi ordinativi.

Sub Allegato 2

Legge regionale n. 23/2015 - rilevazione del personale dipendente

CRITERI PER LA DEFINIZIONE DELLE DOTAZIONI DI PERSONALE DEI NUOVI ENTI

Le prime determinazione degli organici del personale dei nuovi soggetti giuridici, saranno costituiti sulla base degli elenchi predisposti dalle aziende, sulla base delle seguenti linee guida.

In ogni caso, entro indicativamente il 28 febbraio 2016, i nuovi enti costituti provvederanno alla comunicazione di eventuali integrazioni e/o modificazioni degli elenchi per effetto di errori formali o variazioni derivanti da ordinarie movimentazioni di personale i cui effetti si sono prodotti dalla data di ultima rilevazione al 31 dicembre 2015.
Inoltre, in conformità a quanto previsto dalle DGR di costituzione dei nuovi soggetti giuridici, nel corso del 2016 le assegnazioni di personale determinate con le presenti linee guida, potranno essere ridefinite anche in base alle ulteriori modalità e criteri che saranno oggetto di confronto sindacale a livello regionale.

CAP. 1 - INDIVIDUAZIONE DELLE FUNZIONI DA RIPARTIRE TRA ATS E ASST E TRA ASST.

Preliminarmente si ritiene necessario elencare **le funzioni** che consentono di determinare le modalità di assegnazione alle costituende ASST e ATS del personale attualmente allocato nelle ASL e ciò sulla base dell'allegato C della Decreto n. 7362 del 14 settembre 2015.

A) DOTAZIONE ATS

All'**ATS** è assegnato il personale della ASL che è attualmente dedicato alle seguenti attività/funzioni:

- **Dipartimento prevenzione medico:** In prima applicazione tutto il personale che effettua attività di competenza del Dipartimento di prevenzione medico, (compresa l'attività dei laboratori di prevenzione ove presenti) viene assegnato alla ATS.
  La decisione di mantenere in questa prima fase in capo all'ATS tutta l'attività di prevenzione, compresa l'offerta vaccinale, evidenzia la necessità di costruire nuovo modello organizzativo di offerta senza perdere i risultati fin qui raggiunti in termine di sanità pubblica.
  L'attività di profilassi vaccinale rientrando tra i livelli essenziali di assistenza – LEA con connessi importanti obiettivi monitorati non solo dal livello nazionale ma anche dal livello comunitario ai fini della eliminazione/eradicazione di determinate

patologie infettive, impone di procedere con cautela al fine di evitare ulteriori rischi di caduta delle coperture vaccinali.
Resta comunque l'obiettivo finale di garantire la piena attuazione della riforma, in particolare per quando riguarda il concetto di presa in carico globale del bisogno di salute del cittadino che pertanto comprende anche l'offerta di "prevenzione".

Nel corso del 2016 saranno determinate modalità,in base alle attività/funzioni, per l'assegnazione del personale correlato.

- **Dipartimento prevenzione veterinaria con i Distretti Veterinari;**

- **Cure primarie** relativamente alle funzioni di seguito elencate:
  - Gestione amministrativa convenzioni professionisti –MMG, PLS, Continuità assistenziale-;
  - Attività di vigilanza farmacie e farmacovigilanza;

- **Salute mentale:**
  - Programmazione governo e controllo;

- **Coordinamento e programmazione degli interventi alla famiglia"** (comprendente i Consultori familiari e gli interventi ai "minori fragili" e alle loro famiglie);
- **Coordinamento e programmazione area delle Dipendenze/Sert;**
- **Coordinamento e programmazione area della valutazione multidimensionale;**
- **Coordinamento e programmazione territoriale;**
- **Attività integrate di promozione della salute e prevenzione :**
  - **coordinamento, programmazione ed interventi (comprendente tutta l'attività attualmente svolta nell'ambito dei Piani Integrati Locali di Promozione della Salute da** Dipartimento di Prevenzione Medico, Dipartimento Dipendenze, Dipartimento ASSI)

La collocazione all'interno della ATS poggia sul fatto che l'ambito presidia attività di natura preventiva rivolte non al singolo ma alla comunità nel suo complesso a differenza di quelle che rispondono ai bisogni di prevenzione diagnosi, cura e riabilitazione sul singolo, presidiate dalle Asst.

- **Gestione e coordinamento dell'assistenza extra ospedaliera e semiresidenziale dei malati HIV e AIDS, in prima applicazione;**
- **Accreditamento, vigilanza e controllo sanitario e socio sanitario;**
- **Budget, contratti, programmazione e controllo sanitario e socio sanitario;**
- **Gestione flussi attività.**

B) DOTAZIONE ASST

Alla **ASST** è assegnato il personale allocato nei presidi distrettuali delle ex ASL. In tale prima fase di assestamento, si conferma la responsabilità complessiva della gestione e dell' organizzazione dei presidi distrettuali ai relativi responsabili di distretto in carica.
Il personale dei presidi distrettuali risulta essere quello assegnato, in via esemplificativa e non esaustiva, alle seguenti funzioni:

- **Cure primarie:**
  - Gestione delle attività territoriali dei professionisti –MMG, PLS, Continuità assistenziale- distrettuale;
  - Assistenza farmaceutica: gestione acquisti per gli assistiti domiciliari, gestione magazzino, distribuzione, ecc.
  - Protesica e ausili: gestione acquisti per gli assistiti domiciliari, gestione magazzino, distribuzione, ecc., distrettuale;
  - Nutrizione artificiale domiciliare, ossigeno terapia domiciliare;

- **Ufficio scelta e revoca distrettuale;**
- **Area degli interventi alla famiglia" (comprendente i Consultori familiari e gli interventi ai "minori fragili" e alle loro famiglie);**
- **Area delle Dipendenze/Sert;**
- **Area della valutazione multidimensionale;**
- **Attività medico legali per finalità pubbliche**:
  - accertativa e valutativa (commissioni mediche per invalidità civile, handicap, disabilità, cecità, sordità, commissioni patenti, collegio medico per inabilità, etc.);
  - certificativa (certificazioni per idoneità alla guida, porto d'armi, "pass" disabili, etc);
  - necroscopica;

- **Gestione dirette residue UDO socio sanitarie** (es. ADI, RSA, CDD, RSD).

CAP. 2 - ULTERIORI CRITERI E MODALITA' DI RIPARTIZIONE DEL PERSONALE

Nella eventualità che parte del personale svolga attività in più servizi trasversali tra quelli di competenza della ATS e di competenza delle ASST o tra ASST, le Aziende, nella stesura degli elenchi, utilizzeranno il criterio di prevalenza (ore/funzione) ai fini dell'inserimento negli organici ATS-ASST.

Le eventuali attività rimaste scoperte, applicando il criterio di prevalenza sopra indicato, dovranno essere evidenziate (anche in termini di ore) per ogni successiva valutazione regionale. Resta fermo che dovrà essere garantita la continuità delle attività sanitarie e

non sanitarie precedentemente svolte mediante la stipula di rapporti convenzionali tra gli enti interessati, senza oneri aggiuntivi per il sistema.

A) GESTIONE DEL PERSONALE TECNICO-AMMINISTRATIVO

- **Personale amministrativo ASL**. Il personale amministrativo (e tecnico assegnato alle attività amministrative) dei servizi amministrativi **centrali di supporto** e in staff alla Direzione Generale, Amministrativa, Sanitaria e Sociale delle attuali ASL (compreso eventuale personale del ruolo sanitario) sarà assegnato in prima applicazione alla **ATS** nelle rispettive sedi di allocazione (eventualmente anche decentrate). In tale fattispecie potranno essere previste convenzioni tra gli enti interessati al fine di garantire la continuità delle prestazioni, senza oneri aggiunti per il sistema.
  Nel corso del 2016 si procederà alle successive valutazioni circa i possibili correttivi da adottare al fine di addivenire ad un allineamento del numero complessivo del personale amministrativo dei sevizi centrali dei vari nuovi Enti. Tale fase sarà oggetto di opportuno confronto con le OO.SS regionali e con gli enti interessati, anche al fine di valutare le eventuali peculiarità dei nuovi soggetti.
  Resta inteso che le assegnazioni del personale amministrativo sono da intendersi provvisorie, in quanto nel corso del 2016 saranno individuati i driver in base ai quali si procederà alla individuazione degli assetti definitivi, che terranno conto necessariamente dei nuovi accorpamenti/cessioni di presidi/strutture territoriali, oggetto dell'attuazione della L.R. n. 23/2015, e delle relativa maggiori o minori funzioni/attività assegnate.

- **Personale amministrativo AO.** Nel caso di scorporo di Presidi/Poliambulatori di una AO che confluiscono in altra ASST:

  il **personale amministrativo-tecnico** dei servizi centrali resta assegnato alla sede della ASST da cui si scorpora il presidio. Il personale che pur appartenente ai servizi centrali, ma risulta allocato in sede diversa da quella centrale e svolge una funzione decentrata ed esclusiva in favore del presidio/sede, oggetto di afferimento ad altra ASST, dovrà essere assegnato alla nuova ASST di riferimento. (es. il personale cup di un presidio, ancorchè servizio centrale, segue la destinazione del presidio, come l'eventuale personale tecnico e manutentore di un presidio, ancorchè assegnato alla funzione centrale di un Ufficio Tecnico, segue la destinazione del presidio medesimo se assegnato ad altra ASST); Resta inteso che le assegnazioni del personale amministrativo sono da intendersi provvisorie, in quanto nel corso del 2016 saranno individuati i driver in base ai quali si procederà alla individuazione degli assetti definitivi, che terranno conto necessariamente dei nuovi accorpamenti/cessioni di presidi/strutture territoriali, oggetto dell'attuazione della L.R. n. 23/2015, e delle relativa maggiori o minori funzioni/attività assegnate.

- resta fermo che dovrà essere garantita comunque la regolarità e la continuità delle funzionalità dei servizi interessati, anche mediante la stipula di convenzioni/protocolli operativi, senza oneri aggiuntivi per il sistema.
  Nel corso del 2016 saranno definite a livello regionale modalità di riallocazione del personale tra le ASST interessate.

B) GESTIONE DEL PERSONALE SANITARIO DEI SERVIZI TRASVERSALI DELLE AO

- Il **personale dei Servizi Sanitari** che svolge funzioni a livello aziendale (ad esempio Anatomia patologica, Farmacia, Medicina Preventiva, ecc) ma **allocato nel Presidio oggetto di scorporo,** resta assegnato al Presidio stesso, fermo restando che dovrà essere garantita la continuità delle attività sanitarie precedentemente svolte a favore della sede centrale mediante la stipula di rapporti convenzionali tra gli enti interessati. Nel corso del 2016 si potranno prevedere, a livello regionale, ulteriori modalità di riallocazione del personale tra le ASST interessate;

- il **personale dei Servizi Sanitari** che svolge funzioni a livello aziendale (ad esempio Anatomia patologica, Farmacia, Medicina Preventiva, ecc) **allocato nella sede centrale,** resta assegnato alla sede stessa, fermo restando che dovrà essere garantita al presidio oggetto di scorporo la continuità delle attività sanitarie precedentemente svolte, mediante la stipula di rapporti convenzionali tra gli enti interessati. Nel corso del 2016 si potranno prevedere, a livello regionale, ulteriori modalità di riallocazione del personale tra le ASST interessate.

CAP. 3 - MODALITA' DI RILEVAZIONE DELLE GLI ELENCHI DEL PERSONALE

Appurati criteri di cui sopra, indispensabili per la definizione degli organici dei nuovi Enti sulla base delle diverse funzioni/competenze tra ATS e ASST, si rende necessario ora definire le modalità per la costituzione degli elenchi dei nominativi da inserire nei decreti di assegnazione degli Enti stessi.

E' rimessa alla responsabilità dei Direttori Generali delle attuali aziende la corretta e puntuale compilazione degli elenchi.

Le Aziende dovranno produrre gli elenchi secondo le possibili casistiche previste dalla legge e di seguito elencate:

A) **fusione di Asl in ATS**, fatto salvo che, in ogni caso, parte delle funzioni delle Asl confluiscono anche in ASST. (vedasi tipologia 4) del DGS 7362/2015) -1 ASL diventa 1 ATS (ad esempio Asl di Bergamo diventa ATS di Bergamo)

oppure che due o più ASL diventano 1 unica ATS (ad esempio Asl di Lecco e Asl di Monza diventano ATS della Brianza)

B) **fusione di Aziende Ospedaliere in ASST**, fatto salvo che, in ogni caso, nella ASST confluisce anche parte del personale della Asl (vedasi Tipologia 2 *del DGS 7362/2015)* - 2 AO che si fondono in 1 ASST (ad esempio AO San Paolo e AO San Carlo che diventano ASST Santi Paolo e Carlo);

C) **acquisizione/cessione da parte di aziende ospedaliere di strutture Presidi/Poliambulatori,**fatto salvo che, in ogni caso, parte delle funzioni delle Asl confluiscono anche in ASST (vedasi tipologia 1.1 del DGS 7362/2015) (ad esempio la ASST della Valle Olona costituita dalla fusione delle AAOO di Busto Arsizio e Gallarate, cede il PO di Tradate alla ASST dei Sette Laghi).

D) **acquisizione/cessione da parte di azienda ospedaliera di strutture Presidi/Poliambulatori** fatto salvo che, in ogni caso, parte delle funzioni delle Asl confluiscono anche in ASST. (ad esempio la ASST di Vimercate costituita dalla AO di Desio e Vimercate che cede il PO di Desio alla ASST di Monza) (vedasi tipologia 1.2) del DGS 7362/2015).

In relazione alle casistiche sopra indicate, i file da trasmettere **da parte di ogni ente**, può essere così sintetizzato:

1) Nella casistica **A (fusione di Asl in ATS**) ogni ASL dovrà produrre:
   - elenco n. 1 ricomprendente la parte di personale che, in base alle funzioni di cui al presente documento, confluisce nella ATS, compreso temporaneamente tutto il personale amministrativo dei servizi centralizzati;
   - elenco n. 2 (un elenco per ogni ASL) ricomprendente la parte di personale che, in base alle funzioni di cui al presente documento, confluisce nella ASST. Nel caso in cui il personale confluisce in più ASST gli elenchi saranno separati per ogni singola ASST.

2) Nella casistica **B (fusione di Aziende Ospedaliere in ASST)**, ogni AO dovrà produrre:
   - elenco n. 1 ricomprendente il personale di ogni singola azienda ospedaliera che confluisce nella ASST.

3) Nella casistica **C e D (acquisizione/cessione da parte di aziende ospedaliere di strutture Presidi/Poliambulatori),** ogni AO dovrà produrre:
   - elenco n. 1 ricomprendente il personale delle aziende ospedaliere che confluisce nella ASST;
   - elenco n. 2 ricomprendente il personale dei Presidi / Poliambulatori di una AO che confluisce in altra ASST.

I sopra indicati elenchi dovranno essere trasmessi, a cura delle aziende, **entro l' 11 dicembre 2015**, con aggiornamento della rilevazione alla data del **30 novembre 2015.**

Gli Elenchi dovranno essere predisposti secondo il format e modalità già utilizzato per la precedente rilevazione.

CAP. 4 - Sistema di Gestione delle Risorse Umane ANNO 2016

Definiti i criteri di massima sopra indicati per la costituzione delle dotazioni iniziali dei nuovi soggetti giuridici, gli stessi prenderanno in carico dal punto di vista giuridico, economico, previdenziale e della rilevazione presenze il personale assegnato ed individuato nei decreti, e ciò al fine di garantire la continuità nello svolgimento delle funzioni e della erogazione delle prestazioni.

Per consentire la corretta gestione del personale dipendente che sarà assegnato ai nuovi Enti è necessario condividere un modello tecnico-organizzativo che garantisca la piena operatività degli uffici preposti.

Gli Enti di nuova costituzione disporranno di diverse soluzioni informatiche per la gestione delle risorse umane ereditate interamente o parzialmente dalle ex aziende dalla cui aggregazione sono state costituite. Il livello di diffusione e di evoluzione delle funzionalità presenti nei diversi sistemi applicativi ereditati potrebbe essere differente generando una disparità nei servizi offerti al personale dipendente degli stessi Enti.

Pertanto, oltre alle valutazioni di carattere giuridico e contrattuale che necessariamente assumono una rilevanza prioritaria per la corretta gestione dei dipendenti, è auspicabile che vengano anche effettuate delle valutazioni sui livelli di servizio offerti, privilegiando soluzioni tecnologicamente e funzionalmente più evolute che consentano di ottimizzare i flussi di lavoro e la gestione nel suo complesso.

Definito quanto sopra, i Sistemi Informativi delle attuali Aziende Sanitarie, attraverso il perfezionamento e la razionalizzazione delle soluzioni applicative disponibili, dovranno supportare nel miglior modo possibile le scelte organizzative ed operative che saranno definite e condivise a livello regionale e di singola ATS.

1. Scenari attuativi

Vengono di seguito delineati due diversi e alternativi scenari per la realizzazione di quanto previsto dalla L.R. n. 23/2015, a decorrere dal 1° gennaio 2016:

- **Scenario 1: gestione unificata del personale assegnato**

Ciascun nuovo Ente costituito per effetto della Legge adotta da subito un unico Sistema di Gestione delle Risorse Umane per la gestione di tutto il personale dipendente assegnato, tra quelli disponibili nella propria specifica realtà, operando sin da subito una scelta di prodotto specifica.

Il Sistema di Gestione delle Risorse Umane adottato a livello aziendale deve essere configurato dal punto di vista informatico per poter registrare il soggetto giuridico di nuova costituzione e per poter gestire tutto il personale assegnato a partire dal 1° gennaio 2016.

La gestione giuridica, economica, previdenziale e la rilevazione presenze di tutto il personale assegnato viene pertanto effettuata con il Sistema di Gestione delle Risorse Umane adottato a livello di ASST/ATS a decorrere dal 1 gennaio 2016.

Il personale che era già precedentemente gestito con il medesimo sistema di gestione delle risorse umane verrà assegnato al nuovo soggetto giuridico senza alcuna soluzione di continuità con la gestione precedente. I dipendenti proseguono il rapporto di lavoro senza alcuna interruzione.

Il personale assegnato al nuovo Ente e precedentemente gestito con un differente sistema di gestione delle risorse umane nell'ambito di diversa azienda, viene registrato sul nuovo sistema informatico con contestuale passaggio di tutti i dati necessari allo svolgimento delle attività di competenza degli uffici preposti.

A partire dal mese di gennaio 2016 le buste paga di tutti i dipendenti assegnati ai neo costituiti Enti vengono prodotte da un unico sistema con gestione completa delle voci variabili riferite agli ultimi mesi del 2015 e rese disponibili dai precedenti sistemi informatici.

Pertanto nel 2016 i dipendenti ricevono un'unica busta paga mensile generata dal sistema informatico unico della nuova azienda.

I sistemi di gestione delle risorse umane utilizzati fino al 31 dicembre 2015 devono garantire nel corso del 2016 tutti gli adempimenti connessi alla chiusura delle attività del 2015.

Lo scenario rispecchia certamente una modalità più tradizionale e corretta di gestione delle risorse umane e di gestione contabile. Tuttavia, la sua realizzazione richiede una notevole attività tecnica per il passaggio dei dati dai precedenti sistemi nonché una notevole attività di analisi e razionalizzazione e unificazione delle

diverse voci stipendiali, delle indennità e di ogni altro aspetto legato all'applicazione dei contratti decentrati.

Implicazioni:

- richiede delle tempistiche poco compatibili con un avvio al 1° gennaio 2016, imponendo sin da subito la scelta di un unico sistema applicativo con le seguenti implicazioni:
- può pregiudicare eventuali progetti successivi di razionalizzazione finalizzati a rendere uniforme a livello di ATS o a livello regionale la gestione delle risorse umane e a migliorare complessivamente il livello di servizio garantito agli operatori ed al personale dipendente;
- la fattibilità è condizionata dalla possibilità di risolvere l'eventuale contratto di gestione del personale in essere nella precedente azienda.

Tenuto conto delle considerazioni di cui sopra si ritiene opportuno configurare anche la possibilità di un secondo scenario, come meglio sotto evidenziato.

➢ Scenario 2: gestione condivisa del personale assegnato

I diversi sistemi di gestione delle risorse umane che saranno disponibili nelle Aziende di nuova costituzione a seguito dell'aggregazione di due o più ex aziende sanitarie, vengono tutti temporaneamente mantenuti attivi ed utilizzati per la gestione del personale dipendente per l'anno 2016.

I dipendenti assegnati all'Ente di nuova costituzione vengono gestiti rispettivamente con il sistema informatico in uso nella ex-azienda sanitaria da cui provengono i dipendenti stessi.

Tutti i Sistemi di Gestione delle Risorse Umane disponibili nell'ambito della nuova azienda devono essere configurati dal punto di vista informatico per poter registrare il nuovo soggetto giuridico di nuova costituzione, e per poter continuare a gestire una quota di personale assegnato per tutto il tempo necessario nell'ambito del 2016.

Ciascuno dei diversi sistemi di gestione delle risorse umane in uso deve garantire la completa gestione economica, giuridica e la rilevazione presenze per l'anno 2016 dei dipendenti provenienti dalla rispettiva azienda sanitaria di provenienza

Tutto il personale precedentemente gestito con il rispettivo sistema di gestione delle risorse umane verrà assegnato al nuovo soggetto giuridico senza alcuna soluzione di continuità con la gestione precedente. I dipendenti proseguono il rapporto di lavoro senza alcuna interruzione.

La decisione delle soluzioni è in capo alle attuali Direzioni strategiche che formalizzeranno gli accordi attraverso specifici protocolli tra le aziende interessate, da perfezionarsi entro il 18 dicembre 2015.

In base alla lettura del DGS 7362/2015**,** ed alle casistiche già evidenziate nel precedente cap. 3, si possono verificare le seguenti fattispecie:

1) CASISITICA A) e B) di cui al precedente cap. 3

A partire dal mese di gennaio 2016 l'elaborazione dei dati economici che confluiranno nelle buste paga avviene separatamente mediante il sistema informatico in uso nelle ex-azienda sanitarie da cui provengono i dipendenti stessi.

L'Ufficio del personale, indicativamente della sede legale del nuovo Ente, assume il compito di aggregare tutti i dati provenienti dai due o più sistemi informativi delle ex aziende al fine di generare un unico flusso contabile, informativo, previdenziale mensile (emens) e fiscale mensile (f24) riconducile in capo alla nuova partita IVA/codice fiscale del nuovo soggetto. A tal fine concorderà preventivamente con gli uffici personale delle ex-aziende i tracciati che dovranno produrre per la successiva unificazione del dato.

Conseguentemente le buste paga di tutti i dipendenti assegnati al neo costituito ente vengono prodotte dai diversi sistemi di gestione delle risorse umane con i quali venivano già gestiti nelle ex aziende sanitarie pur riportando tutti la denominazione delle nuova aziende.

Tale soluzione è da intendersi transitoria e pertanto i nuovi enti dovranno consolidare entro il 31 dicembre 2016 un modello di gestione unitario.

2) CASISTICA C) e D) di cui al precedete cap. 3

In questo caso il trattamento stipendiale/presenze del personale ceduto continua ad essere garantito dalla ex azienda di provenienza. Tale attività si configura come una mera attività amministrativa che comporta esclusivamente l'elaborazione e trasmissione dei dati stipendiali, mentre resta in capo al nuovo ente, che acquisisce l'intera gestione del rapporto di lavoro, la responsabilità ed il controllo dei dati trasmessi.

La soluzione di cui sopra non dovrà comportare l'addebito di costi aggiuntivi tra le aziende interessate.

Tale soluzione è da intendersi transitoria e pertanto i nuovi Enti dovranno consolidare, possibilmente entro il 31 dicembre 2016, un modello di gestione unitario.

I sistemi di gestione delle risorse umane utilizzati fino al 31 dicembre 2015 produrranno nel corso del 2016 i CUD 2015 e tutte le denunce relative al 2015.

I dipendenti riceveranno nel 2016 un'unica busta paga mensile riferita alle competenze 2016 generata dal sistema informatico in uso nella ex azienda sanitaria di rispettiva provenienza.

CAP. 5 – DISPOSZIONI FINALI

Si ritiene opportuno fornire ulteriori istruzioni operative al fine di favorire un'efficacie "successione" nei rapporti di gestione del personale, come da documento allegato alle presenti linee guida (alleg. 1).

Tali indicazioni possono essere ulteriormente perfezionate ed implementate in base ai singoli accordi tra enti/aziende, anche in relazione allo stato di fatto dei sistemi informativi esistenti nonché alle specifiche capacità degli uffici preposti a subentrare in tempi rapidi nella gestione diretta del personale afferito.

Allegato 1

ISTRUZIONI OPERATIVE PER LA GESTIONE DEL PEROSNALE NELLA FASE DI TRASFERIMENTO – CONFERIMENTO AI NUOVI SOGGETTI GIURIDICI

PREMESSE

Si forniscono le principali istruzioni operative al fine di consentire una adeguata successione nella gestione del personale dipendente da parte dei nuovi soggetti giuridici, costituiti secondo le tipologie evidenziate nelle linee guida. Le istruzioni sotto riportate ovviamente non sono rappresentative, in via esaustiva, di tutte le possibili casistiche disciplinanti il personale dipendente, ma vogliono semplicemente fornire un contributo operativo per una gestione uniforme ed armonizzata delle più significative fattispecie riferite alla gestione del personale nell'ambito della evoluzione del sistema sanitario regionale definito con la L.R. n. 23/2015.

1) Gestione Giuridica del personale e Stipendi

Fermo restano quanto già delineato in ordine agli scenari 1 e 2 citati nelle linee guida, per poter procedere direttamente alla gestione giuridico/stipendiale del personale con effetto dalla data definita**,** l'Azienda cedente fornirà al nuovo soggetto giuridico (ATS o ASST) la banca dati aggiornata del personale interessato, la cui versione ultima aggiornata sarà cristallizzata al 31 dicembre 2015.

I dati trasmessi dovranno essere completi sotto ogni punto di vista, al fine di consentire una elaborazione da parte dei nuovi soggetti subentranti, con identico risultato rispetto a quanto già elaborato per ogni dipendente da parte dell'Azienda cedente a dicembre 2015. Sarà cura di ogni Ente, tramite il proprio fornitore informatico, procedere alla acquisizione e conversione dei dati in procedura.

La banca dati conterrà quindi tutte le informazioni necessarie (es. profilo/qualifica professionale di inquadramento, tipologia di rapporto, dati di inquadramento economico, codici IBAN di accredito stipendio, dati fiscali e previdenziali, scalari in corso di scomputo, detrazioni ed assegno Nucleo familiare, indennità in godimento, nonché ogni altra informazione indispensabile per la gestione del personale).

Sulla parte giuridico/economica quindi si farà riferimento alle posizioni trasmesse da parte dell'Azienda Cedente, che potrà comunque essere confermata attraverso la predisposizione e trasmissione cartacea di uno stato di servizio aggiornato, per ogni dipendente, contenente lo stato giuridico e stipendiale completo del dipendente, nonché eventualmente corredato dalla trasmissione di un file, in formato PDF, contenente l'ultimo cedolino paga di tutti i dipendenti da afferire, per consentire le opportune verifiche e controlli delle elaborazioni con i dati trasmessi.

L'azienda cedente fornirà inoltre una situazione aggiornata, tramite file, di tutti gli altri istituti contrattuali in cui il nuovo soggetto subentra alla data del **1 gennaio 2016**, tra cui:

- **ferie:**

  Con riferimento alle ferie, sarà trasmessa, da parte dell'azienda cedente, **la posizione aggiornata al 31.12.2015** circa le ferie maturate e non godute del personale afferito, nonché di eventuali ferie non godute del 2014 (ed antecedenti) se ed in quanto presenti.

- **ore accantonate:**

  L'azienda cedente si impegna a trasferire la posizione aggiornata di ogni singolo dipendente, con indicazione dell'ammontare delle ore complessive accantonate suddivise per anno di competenza.
  Eventuali prestazioni di **lavoro straordinario** non liquidate o da compensare con riposi sostituivi, accantonate a tutto il 31.12.2015, saranno trasferite, per successione, al nuovo soggetto giuridico ricevente, fatto salvo ogni eventuale conguaglio da effettuare nei primi mesi del 2016, con i fondi contrattuali del 2015, a chiusura dell'esercizio di competenza.

- **gestione assenze pregresse:**

  In tale ambito, al fine di consentire la necessaria continuità gestionale delle diverse fattispecie contrattuali, è indispensabile che vengano forniti al nuovo soggetto giuridico i seguenti dati del personale afferito:

  - gg. di malattia nell'ultimo triennio dal 31.12.2015;
  - gg. di aspettativa non retribuita fruiti per motivi di famiglia/personali ex art. 12 del ccnl integrativo del 20.09.2001 (comparto) ed ex art. 10 del CCNL 10.02.2004 (dirigenza), 1 anno nel triennio;
  - gg. di aspettativa non retribuita fruiti per altre fattispecie (incarico presso altro Ente, cariche pubbliche elettive, ricongiungimento al coniuge, sindacali)
  - gg. di aspettativa non retribuita fruiti per gravi motivi ex art. 10 dirigenza ed art. 12 comparto (2 anni nella vita lavorativa)
  - gg. di aspettativa retribuita fruiti per gravi motivi ex art. 42, comma 3, del D.lgs. n. 151/2001 (2 anni nella vita lavorativa)
  - gg. di aspettativa facoltativa retribuita 30% post-partum con indicazione del figlio e relativa data di nascita;
  - gg. di astensione obbligatoria fruiti con indicazione del figlio e data di nascita o data presunta parto;
  - gg. di malattia figlio suddivisi: per figlio con data di nascita:
    fino a tre anni (30 gg. Mese retribuito)

    da tre a 8 anni (8 gg. non retribuiti)

- sanzioni disciplinari nell'ultimo biennio ed eventuali procedimenti disciplinari ancora in corso, per dipendente (in busta chiusa separata) nonché elenco riepilogativo.
- Eventuali ulteriori istituti giuridici in corso, di cui possano beneficiare i dipendenti (comandi retribuiti e non, distacchi, cooperazioni, ecc).

- **trattenute continuative:**

In tale area si intendono tutte quelle eventuali trattenute, periodiche e continuative, che gravano nel trattamento stipendiale dei dipendenti afferiti a vario titolo, quali:

- Riscatti / Ricongiunzioni (copia dei decreti di riconoscimento);
- Cessioni del quinto e Piccoli Prestiti INPDAP (documentazione inerente gli ammortamenti in corso di scomputo);
- Cessioni del quinto Società Finanziarie (documentazione inerente gli ammortamenti in corso di scomputo);
- Eventuali deleghe di trattenuta sino ad 1/3;
- Trattenute conto terzi e cautelative;
- Trattenute Sindacali (importi o formule di calcolo);
- Trattenute ONAOSI : elenco nominativi e valori delle trattenute mensili suddivise per anzianità superiore od inferiore ai 5 anni;
- Altre tipologie di trattenute ove presenti;

Per tali voci l'Azienda cedente fornirà al nuovo soggetto giuridico la relativa **documentazione di supporto** per il necessario subentro (sentenze di pignoramento, contratti di cessione del quinto, documentazione richiesta piccolo prestito, ecc.), nonché un elenco, in formato excell, riepilogativo esaustivo di tutte le istruzioni operative x effettuare i versamenti delle trattenute operate (codici IBAN delle finanziarie, modalità e tempistica dei versamenti, indicazione complete del titolare del creditore, ecc.)

E' necessaria la trasmissione di una nota informativa da parte delle aziende cedente ai vari titolari del credito (finanziaria, INPDAP o altro).

In un elenco separato saranno evidenziati a cura dell'Azienda cedente i dipendenti che hanno trattenute sindacali con le relative specifiche di versamento.

2) Gestione previdenziale/assicurativa

L'azienda cedente trasmetterà tempestivamente gli elenchi definitivi ed i files del personale afferito, con relativa nota di comunicazione di chiusura o voltura delle posizioni in essere all'INPS-EX INPDAP, all' ONAOSI, INPS e INAIL.
Ai fini del subentro nelle posizioni assicurative contro gli infortuni (INAIL) per il personale afferito-confluito, sarà necessaria oltre alla comunicazione dei nominativi anche quella degli imponibili.

Nell'ambito dell'area previdenziale, per una corretta denuncia mensile contributiva da parte dell'ASST, L'Azienda cedente dovrà fornire i seguenti dati, tramite file:

1) Posizioni – Codici - delle amministrazioni di provenienza, relativi ai vari Istituti Previdenziali (INPDAP – INPS – INAIL);
2) elenchi del personale, suddiviso per Cassa di appartenenza (CPS – CPDEL – INADEL);
3) elenco eventuale di personale titolare di pensione INPS, con quota mensile da trattenere e da versare a detto Istituto;
4) elenco eventuale di personale con iscrizione previdenziale INPS, ENPAPA o altro, invece che INPDAP;
5) indicazione, per tutti i dipendenti afferiti, del regime di appartenenza previdenziale TFR o TFS;
6) Stampa accertamento posizione assicurativa dall'applicativo Nuova Passweb al **31/12/2015**;

Relativamente alla situazione strettamente pensionistica, l'Azienda cedente fornirà quanto prima:

- l'elenco del personale –tramite file- **che ha già fatto domanda** di collocamento a riposo **con decorrenza nel 2016** in poi, con a corredo la seguente documentazione:

    1) domanda di collocamento a riposo ed atti deliberativi eventualmente già adottati;
    2) certificazione previdenziale (mod. PA 04 e Foglio aggiuntivo del mod. 350/P) per il periodo di servizio prestato sino a tutto il 31/12/2015 c/o Pubbliche Amministrazioni;
    3) eventuale certificazione di servizi precedentemente prestati presso altre Amministrazioni, utile ai fini della pensione, liquidazione o riconoscimento dei servizi pregressi;
    4) copia di tutta la documentazione eventualmente già inviata all' INPDAP.

- L'elenco del personale che **ha fatto richiesta di trattenimento** in servizio oltre i limiti di età, con i relativi atti deliberativi adottati.

3) Gestione aspetti peculiari del personale

Per **l'indennità RX** del personale NON inquadrato ne profilo professionale di tecnico di radiologia medica e NON appartenente all'area medica nella disciplina di radiologia, occorre precisare le metodologia di assegnazione della predetta indennità ed i corrispondenti valori.

I dati necessari potranno essere indicati in apposito foglio elettronico, o in altro formato eventualmente da concordare **tra le parti.**

Al fine dell'armonizzazione dei vari istituti contrattuali gli Enti si impegnano alla rappresentazione delle proprie metodologie di applicazioni di determinati istituti contrattuali, sulla base anche di propri contratti integrativi decentrati, in modo da consentire al nuovo soggetto giuridico il recepimento degli stessi e garantire ai dipendenti, nella fase iniziale, **identico trattamento rispetto all'azienda di provenienza**.

4) Elenchi del personale afferito-confluito

Al fine di garantire la regolare continuità di tutte le attività in essere, l'Azienda cedente fornirà al nuovo soggetto giuridico i seguenti elenchi di dettaglio:

- Elenco del **personale a tempo determinato** su posto vacante e fattispecie analoghe, con relativa documentazione;
- Elenco del **personale a tempo determinato supplente** con nominativo del supplito;
- Elenco del **personale assente dal servizio** a qualsiasi titolo (aspettative, maternità, ecc;);
- Elenco **del personale part-time** con impegno orario settimanale e tipologia concordata (verticale, orizzontale, mista);
- Elenco del personale che ha in essere **cessioni, riscatti**, pignoramenti o altre situazioni da evidenziare, **con relativa documentazione;**
- **Elenco del personale titolare dei benefici previsti dalla L. 104/92;**
  Oltre all'elenco sarà necessario garantire la presenza della documentazione, che supporta il beneficio concesso, con l'eventuale delibera/determina di concessione, Dovrà inoltre essere specificato la modalità concordata di utilizzo del permesso (es. 3 giorni mese od ore);
- **elenco del personale disabile ex L. 68/99**
  Si evidenzia la necessità di segnalare, con apposito elenco nominativo, il personale disabile ai sensi della legge sopra citata se ed in quanto presente, al fine del loro inserimento nel computo previsto dalla legge medesima, nocche per adempiere alle relative comunicazioni obbligatorie. Anche in tale caso è indispensabile che la documentazione di supporto sia conservata nel fascicolo personale, con la relativa specifica della percentuale invalidante di ogni dipendente.

- Elenco del personale **con limitazioni all'attività lavorativa**, con relativa prescrizioni del medico competente;

- **Elenco personale esclusivista/non esclusivista al 31.12.2015 (medici, dirigenti veterinari e sanitari non medici).**
  Si segnala la necessità di evidenziare l'anzianità maturata ai fini dei futuri passaggi in scaglioni diversi di quelli di collocazione attuale, ai fini del riconoscimento della relativa indennità, ai sensi dell'art. 5 del CCNL 8.06.2000, nonché eventuali valutazioni già effettuate, nonché eventuali richieste di modifica del rapporto presentate a fine anno i cui effetti decorrono dal 01.01.2016.

- Elenco del **personale dirigente** (medico – veterinari - sanitario-APT- e delle Professioni Sanitarie),suddiviso per tipologia di incarico affidato, ai sensi di quelli previsti dall'art. 27 del CCNL 8.06.2000 e secondo le

tipologie previste nei rispettivi contratti integrativi, con relativa scadenza di incarico, ai fini della necessaria valutazione dei Collegi tecnici.

L'azienda cedente trasmetterà ai nuovi soggetti giuridici eventuali specifiche posizioni avviate dalla stessa (es. assunzioni in corso, collocamenti a riposo, ecc.), ma non ancora concluse formalmente entro il 31 dicembre 2015, e ciò per le opportune valutazioni e determinazioni, anche mediante supporto con la documentazione della procedura avviata, cui il nuovo soggetto dovrà subentrare.

5) Posizioni particolari

In tale particolare specifica area si ritiene necessario focalizzare l'attenzione sulle seguenti casistiche, **se ed in quanto presenti nelle rispettive aziende,** che dovranno essere oggetto di opportuna informativa da parte delle aziende cedenti:

- **Libera Professione.**
  Su tale tematica si rimanda a specifici accordi tra i singoli uffici competenti, al fine di garantire comunque la continuità delle attività.

- **Gestione ticket mensa**
  E' indispensabile, a cura dell'Azienda cedente, trasmettere, se ed in quanto previsto, un elenco del personale, aggiornato al 31.12.2015, con relativa allocazione, che, per esigenze logistiche (ad esempio i poliambulatori) non può accedere alla mensa aziendale del presidio, e pertanto è necessario riconoscere il relativo buono tiket sostitutivo se ed in quanto riconosciuto. E' importante, inoltre, che anche le fasi di consegna dei buoni ai dipendenti interessati avvenga nel rispetto delle prassi consolidate in ogni azienda originaria, al fine di consentire al nuovo soggetto di subentrare gradatamente nella relativa gestione.
  Su tale argomento ogni azienda potrebbe fornire una sintetica analisi della procedura in atto, per ogni più approfondita valutazione, con indicato anche il volume medio mensile di buoni ordinati, anche ai fini del coretto subentro, ove necessario, del rapporto contrattuale con il fornitore.

6) Gestione infortuni

Ogni azienda Cedente, in accordo con il nuovo soggetto giuridico di afferenza,a decorrere dal **01.01.2016**, al fine della tempestività della denuncia di infortunio sul lavoro, dovrà fornire tempestiva comunicazione circa le modalità di denuncia di nuovo infortunio, fornendo indicazioni circa:

- l'ufficio competente a ricevere la comunicazione di infortunio;
- n. di telefono, fax o mail di riferimento per la trasmissione della denuncia;
- nome del/dei referenti competenti alla ricezione per le opportune e tempestive successive comunicazioni agli organi competenti.

Si evidenzia che le presenti istruzioni operative **possono essere semplificate,** nelle ipotesi relative alle casistiche A (fusione di Asl in ATS) e B (fusione di Aziende Ospedaliere in ASST), dato atto che in tali contesti le posizioni storiche e giuridiche del personale, nell'ambito della fusione, rimangono sostanzialmente in carico ad almeno uno dei soggetti confluiti, con evidenti vantaggi nelle fasi operative di assestamento delle banche dati del personale.

Viceversa, le sopra riportate istruzioni si ritengono maggiormente funzionali allo scopo previsto nelle casistiche **C e D (acquisizione/cessione da parte di aziende ospedaliere di strutture Presidi/Poliambulatori),** rilevato che, in tali contesti, subentrano soggetti diversi che hanno sicuramente necessità di informazioni precise e di dettaglio, per il corretto avvio della gestione dei rapporti acquisiti.

Sub Allegato 3 – "Individuazione delle competenze sui macroprocessi aziendali in essere presso ATS e ASST a seguito della L.R. 23/2015"

MACROPROCESSI DI AMBITO SOCIO SANITARIO

AREA	MACROPROCESSO	SOGGETTO OGGI COMPETENTE	PERIODO TRANSITORIO	SOGGETTO COMPETENTE CON RIFORMA A REGIME	
				ATS	ASST
Governo	Coordinamento e programmazione degli interventi a sostegno della famiglia erogati dai consultori familiari. Interventi ai minori fragili e alle loro famiglie	ASL	Vedi Nota 1	Figura individuata dai collegi e assegnata alla ATS tra uno degli attuali responsabili a livello di ASL di questa attività o di altre attività di ambito socio sanitario in caso di accorpamento di questa funzione con altre di ambito socio sanitario	
	Coordinamento e programmazione area delle Dipendenze/SerT compreso l'Osservatorio dipendenze, con riferimento alle ASST afferenti e le attività ad esso connesse: • raccolta dei dati relativi ai flussi istituzionali (prodotti e aggregati dalle ASST), • analisi, lettura e interpretazione dei dati in collaborazione con le ASST • trasmissione dei flussi informativi istituzionali • gestione dell'allerta rapido	ASL	Vedi Nota 1	Figura individuata dai collegi e assegnata alla ATS tra uno degli attuali responsabili a livello di ASL di questa attività)	
	Coordinamento e programmazione nell'area della valutazione multidimensionale compresa l'attuazione di specifiche e innovative progettualità regionali rivolte alle persone fragili e alle loro famiglie	ASL	Vedi Nota 1	Figura individuata dai collegi e assegnata alla ATS tra uno degli attuali responsabili a livello di ASL di questa attività o di altre attività di ambito socio sanitario in caso di accorpamento di questa funzione con altre di ambito socio sanitario)	

	Coordinamento e programmazione dell'integrazione territoriale con gli ambiti territoriali (Cabina di regia)	ASL	Vedi Nota 1	Direttore sociosanitario	
	Attività integrate di promozione della salute e prevenzione: coordinamento, programmazione ed interventi (comprendente tutta l'attività attualmente svolta nell'ambito dei Piani Integrati Locali di Promozione della Salute da Dipartimento di Prevenzione Medico, Dipartimento Dipendenze, Dipartimento ASSI)	ASL con responsabilità e gestione delle attività per singolo ambito prevenzione, dipendenze, consultorio familiare	Vedi Nota 1	Dipartimento di prevenzione, con definizione di specifico assetto organizzativo dedicato, entro la fine del periodo transitorio	
	Accreditamento, vigilanza e controllo in ambito socio sanitario	ASL	Vedi Nota 1	Attuali responsabili a livello di ASL di questa attività con mantenimento in fase iniziale della competenza territoriale in relazione alla ASL di provenienza e individuazione di una figura di coordinamento a livello di ATS nelle more della costituzione dello specifico dipartimento unico a livello di ATS	
	Budget, contratti, programmazione	ASL	Vedi Nota 1	Attuali responsabili a livello di ASL di questa attività con mantenimento in fase iniziale della competenza territoriale in relazione alla ASL di provenienza e individuazione di una figura di coordinamento a livello di ATS nelle more della costituzione dello specifico dipartimento unico a livello di ATS	
	Gestione dei flussi relativi all'attività in ambito socio sanitario e raccordo con i soggetti che alimentano i flussi	ASL	Vedi Nota 1	Attuali responsabili a livello di ASL di questa attività con mantenimento in fase iniziale della competenza territoriale in relazione alla ASL di provenienza e individuazione di una figura di coordinamento a livello di ATS	Individuazione di un referente di raccordo con ATS per ciascuna area di attività che alimenta i flussi (consultori, dipendenze, valutazione/fragilità)

Sub Allegato 3 – "Individuazione delle competenze sui macroprocessi aziendali in essere presso ATS e ASST a seguito della L.R. 23/2015"

Erogazione	Area degli interventi a sostegno della famiglia (consultori familiari, interventi ai "minori fragili" e alle loro famiglie): erogazione delle prestazioni, compresi gli interventi/prestazioni su richiesta del tribunale/autorità giudiziaria/prefettura, le attività connesse all'iter adottivo, la promozione e salute della donna e della coppia.	ASL	Vedi Nota 1		Attuali responsabili a livello di ASL di questa attività
	Area delle Dipendenze/SerT: erogazione delle prestazioni, compresi gli interventi all'interno delle strutture penitenziarie, gli interventi/prestazioni su richiesta del tribunale/autorità giudiziaria/prefettura, l'attività di prevenzione indicata (rivolta a singoli soggetti in situazioni di disagio conclamato/bisogno; segnalazioni Prefettura, Autorità giudiziaria).	ASL	Vedi Nota 1		Attuali responsabili a livello di ASL di questa attività
	Area della valutazione multidimensionale dei bisogni delle persone fragili (compreso l'orientamento qualificato alla rete dei servizi), anche in attuazione di specifiche e innovative progettualità regionali rivolte alle persone fragili e alle loro famiglie. Effettuazione dell'attività di valutazione nelle varie fasi:	ASL	Vedi Nota 1		Attuali responsabili a livello di ASL di questa attività

Sub Allegato 3 – "Individuazione delle competenze sui macroprocessi aziendali in essere presso ATS e ASST a seguito della L.R. 23/2015"

	1. Accesso/orientamento 2. Valutazione del bisogno 3. Elaborazione del progetto individuale 4. Monitoraggio del percorso assistenziale				
	Gestioni dirette UDO socio sanitarie (ADI, RSA, RSD, CDD)	ASL	Vedi Nota 1		Attuali responsabili a livello di ASL di questa attività
Reddito di autonomia ed inclusione sociale	Attuazione delle progettualità previste: conciliazione, misure fondo non autosufficienza, interventi psico-socio-educativi a famiglie con adolescenti in difficoltà, bonus bebè, assegno di autonomia, ecc.	ASL	Vedi Nota 1	Funzione di governo nello specifico Dipartimento per l'integrazione?	Erogazione in relazione allo specifico ambito di riferimento (consultori, persone fragili, dipendenze)?

Nota1: Al fine di garantire la continuità dei servizi, per tutta la durata del periodo transitorio, i titolari delle funzioni di coordinamento, programmazione ed erogazione proseguono l'attività avvalendosi delle risorse già attualmente dedicate alla medesima attività a prescindere dalla nuova assegnazione, attraverso accordi formalizzati senza oneri aggiuntivi.

Sub Allegato 3 – "Individuazione delle competenze sui macroprocessi aziendali in essere presso ATS e ASST a seguito della L.R. 23/2015"

MACROPROCESSI DI AMBITO FARMARCEUTICO

AMBITO	MACROPROCESSO	SOGGETTO OGGI COMPETENTE	PERIODO TRANSITORIO	SOGGETTO COMPETENTE CON RIFORMA A REGIME	
				ATS	ASST
Governo	Farmaceutica convenzionata con le farmacie	ASL	Vedi Nota 1	(responsabilità: definire dipartimento di afferenza) - UO Farmaceutica	
	Gestione vigilanza e controllo delle farmacie, dispensari, distributori e grossisti	ASL	Vedi Nota 1	(responsabilità: definire dipartimento di afferenza) - UO Farmaceutica	
	Gestione convenzioni *web-care* con le farmacie (su ausili per diabete, protesica minore, celiachia, ecc.)	ASL	Vedi Nota 1	(responsabilità: definire dipartimento di afferenza) - UO Farmaceutica	
	Progetto Celiachia RL	ASL	Vedi Nota 1	(responsabilità: definire dipartimento di afferenza) - UO Farmaceutica	
	Indennità farmacie	ASL	Vedi Nota 1	(responsabilità: definire dipartimento di afferenza) - UO Farmaceutica	
	Servizi in farmacia : CUP, esenzioni, SISS	ASL	Vedi Nota 1	(responsabilità: definire dipartimento di afferenza) - UO Farmaceutica	
Erogazione	Distribuzione diretta farmaci (emofilia, fibrosi cistica, malattie rare)	ASL	Vedi Nota 2		Farmacia ospedaliera
	File F - tutte le dipologia	AO	Vedi Nota 2		Farmacia ospedaliera
	Acquisti dispositivi di protesica maggiore (elenchi 1, 2 e 3 del nomenclatore tariffario)	ASL	Vedi Nota 2		Servizio Protesica da attivare

	Gestione magazzino ausili (stoccaggio nuovi e attività di riciclo)	ASL	Vedi Nota 2		Servizio Protesica da attivare
	Acquisti diretti di protesica minore	ASL	Vedi Nota 2		Servizio Protesica da attivare
	Farmaci per i SerT	ASL	Vedi Nota 2		Farmacia ospedaliera
	Ossigeno terapia e ventiloterapia	ASL	Vedi Nota 2		Servizio Protesica da attivare
	Nutrizione domiciliare	ASL	Vedi Nota 2		Servizio Protesica da attivare

Nota1: Al fine di garantire la continuità dei servizi, per tutta la durata del periodo transitorio, i titolari delle funzioni di coordinamento, programmazione ed erogazione proseguono l'attività avvalendosi delle risorse già attualmente dedicate alla medesima attività a prescindere dalla nuova assegnazione, attraverso accordi formalizzati senza oneri aggiuntivi.

Nota 2: ATS per 3 mesi Al fine di garantire la continuità dei servizi, per tutta la durata del periodo transitorio, i titolari delle funzioni di coordinamento, programmazione ed erogazione proseguono l'attività avvalendosi delle risorse già attualmente dedicate alla medesima attività a prescindere dalla nuova assegnazione, attraverso accordi formalizzati senza oneri aggiuntivi.

Sub Allegato 3 – "Individuazione delle competenze sui macroprocessi aziendali in essere presso ATS e ASST a seguito della L.R. 23/2015"

MACROPROCESSI RELATIVI ALLE CURE PRIMARIE

AMBITO	MACROPROCESSO	RESPONSABILE GESTIONE ATTUALE	PERIODO TRANSITORIO	RESPONSABILE GESTIONE A REGIME	
				ATS	ASST
Governo	Gestione amministrativa convenzioni MMG,PLS e MCA (graduatorie, reclutamento, contratto/lettera d'incarico, pagamento da ACN - AIR - AIA)	ASL	Vedi Nota 1	Dipartimento delle cure primarie	
	Gestione amministrativa normativa diritto all'assistenza sanitaria al cittadino (estero, fuori regione, indiretta)	ASL	Vedi Nota 1	Dipartimento delle cure primarie	
	Gestione amministrativa normativa esenzioni	ASL	Vedi Nota 1	Dipartimento delle cure primarie	
Erogazione	Gestione amministrativa distrettuale/territoriale MMG, PLS e MCA (verifica ADI, ADP, PIPP , attività prescrittiva - attuazione AIA - turni MCA e gestione postazioni)	ASL	Vedi Nota 1		Ufficio cure primarie
	Attività amministrativa territoriale relativa al diritto all'assistenza sanitaria al cittadino e all'esenzione (Scelta e revoca)	ASL	Vedi Nota 1		Ufficio cure primarie
	Gestione visite fiscali	ASL	Vedi Nota 1		Struttura da definire
	Gestione amministrativa convenzioni con specialisti ambulatoriali ed altre professionalità sanitarie (graduatorie, reclutamento, contratto/Lettera d'incarico, pagamento da ACN - AIR - AIA)	AO / ASL	Vedi Nota 1		UO Risorse Umane
	Gestione amministrativa delle convenzioni per il trasporto di pazienti dializzati	ASL	Vedi Nota 1		Struttura da definire

Sub Allegato 3 – "Individuazione delle competenze sui macroprocessi aziendali in essere presso ATS e ASST a seguito della L.R. 23/2015"

	Gestione amministrativa delle convenzioni con i medici di medicina dei servizi (contratto/Lettera d'incarico, pagamento da ACN - AIR - AIA)	ASL	Vedi Nota 1		UO Risorse Umane
Erogazione	Erogazione delle prestazioni e degli accertamenti medico legali di competenza aziendale.	ASL	Vedi Nota 1		UO Medicina legale

Nota1: Al fine di garantire la continuità dei servizi, per tutta la durata del periodo transitorio, i titolari delle funzioni di coordinamento, programmazione ed erogazione proseguono l'attività avvalendosi delle risorse già attualmente dedicate alla medesima attività a prescindere dalla nuova assegnazione, attraverso accordi formalizzati senza oneri aggiuntivi.

Sub Allegato 4 "Vademecum sulla gestione dei contratti"

Legge regionale 11 agosto 2015 – n. 23
Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)

Con l'entrata in vigore della legge regionale 11 agosto 2015, n. 23 – ***Evoluzione del sistema socio-sanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)***, si considerano istituite le Agenzie di Tutela della Salute (ATS) e le Aziende socio sanitarie territoriali (ASST). In ordine alla natura giuridica delle ATS e delle ASST, l'articolo 1, comma 1, lettere k) e l), stabilisce che ai costituendi soggetti sia attribuita personalità giuridica di diritto pubblico e autonomia organizzativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica.
Per quanto concerne invece il nuovo assetto territoriale, funzionale e organizzativo delle ATS e delle ASST, quest'ultimo è definito all'articolo 1, comma 1, lettera kk) della legge e ulteriormente specificato nel decreto regionale n. 7362 del 14 settembre 2015, di attuazione della L.R. 23/2015: indicazioni per il funzionamento dei collegi dei direttori (articolo 2, comma 2, lettera A L.R. 23/2015).

Con riferimento ai rapporti giuridici attivi e passivi in essere presso le attuali ASL e Aziende Ospedaliere, la legge stabilisce il subentro negli stessi, da parte delle ATS e delle ASST (articolo 2, comma 8, lettere b e c).
Alla luce di quest'ultima disposizione si ritiene, in primis, di dover ricondurre il nuovo modello sanitario alla disciplina applicabile nel caso di specie.
Con riguardo dunque alle fattispecie costitutive delle ATS e delle ASST, in applicazione, per analogia, della disciplina civilistica, è possibile operare una classificazione delle situazioni giuridiche delineatasi a seguito della riforma, che, in via sintetica, di seguito si riassume:

1) Fusione per incorporazione di preesistenti aziende, che realizza il confluire di queste ultime nel nuovo soggetto giuridico con eventuali conferimenti da scissione.
    a. *Esempi: ASST OVEST MILANESE, ASST RHODENSE, ASST S.PAOLO/SAN CARLO, ASST FBF/SACCO, ecc;*
2) Fusione per incorporazione, da parte della ATS di territori/funzioni appartenuti alle preesistenti ASL, salvo che per i distretti e le funzioni oggetto di scissione alle ASST.
3) In relazione dunque alle preesistenti Aziende Sanitarie Locali si assiste ad una sorta di "disgregazione" e di successiva "assegnazione" , in ragione pro-quota, alle ATS e alle ASST, di territori, strutture e funzioni;

IL SUBENTRO NEI RAPPORTI ATTIVI E PASSIVI DELLE EX AZIENDE OSPEDALIERE E AZIENDE SANITARIE LOCALI

L'attività contrattuale delle aziende, soprattutto nella fase di avvio del processo di riorganizzazione del sistema sanitario lombardo, e di costituzione dei nuovi soggetti, deve essere responsabilmente indirizzata, sia pure nel rispetto della normativa in vigore, al conseguimento dell'obiettivo di sistema di poter garantire la continuità delle forniture e dei servizi necessari al regolare svolgimento delle attività istituzionali di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, condotte a beneficio della persona, nell'ottica di piena tutela del suo diritto alla salute.

Il ricordato articolo 2, comma 8, lettere b e c) della legge regionale stabilisce il subentro, da parte delle ATS e delle ASST, nei rapporti giuridici attivi e passivi in essere presso le attuali Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliere.
In ossequio a quanto disposto dalla norma citata si ritiene che le istituite ATS e ASST, nell'assumere decisioni e strategie di organizzazione dell'attività contrattuale dei nuovi soggetti, debbano agire nel rispetto dei seguenti principi e criteri:

Premesse di ordine generale

- Le ipotesi di **successione** possono essere a **titolo universale**, in tutte le situazioni in cui la Giunta regionale indicherà la costituenda ATS e ASST quale ente subentrante ad una o più ASL e AO puntualmente identificate e a **titolo particolare**, in tutte le situazione in cui la Giunta regionale abbia previsto la riallocazione di unità operative prima facenti capo ad ASL o AO (distretti, presidi, strutture) in favore di una o più ASST diverse rispetto a quella subentrante all'originaria ASL/AO.
- In entrambi i casi la successione nei rapporti contrattuali in corso di esecuzione opera ex lege, con la conseguenza di non rendere necessaria l'acquisizione del consenso da parte del contraente economico che ha stipulato il contratto con il preesistente soggetto pubblico (ASL o Azienda Ospedaliera);
- le Aziende comunicano ai propri fornitori che, alla data di effettiva costituzione delle Agenzie di tutela della salute (ATS) e delle Aziende socio sanitarie territoriali (ASST), i nuovi soggetti giuridici subentrano nei rapporti attivi e passivi facenti capo alle preesistenti ASL e AO e che, per tale effetto, la titolarità del contratto è trasferita ex lege dalle cessanti ASL e AO alle costituite ATS e ASST (verrà trasmesso in tempo utile fac-simile della missiva di comunicazione da inviare ai fornitori);
- qualora, al fine di rendere l'attività contrattuale conforme all'esigenza di adeguare i fabbisogni di beni e le modalità di esecuzione dei servizi ai nuovi assetti organizzativi, nella tutela del pubblico interesse e della economicità dell'azione amministrativa, si rendesse necessario apportare sensibili modifiche alle condizioni contrattuali originariamente stabilite, sia pure nel pieno rispetto della normativa nazionale e comunitaria, le suddette modifiche dovranno essere formalizzate in un ADDENDUM al contratto, e sottoscritte da entrambe le parti;
- nell'ADDENDUM contrattuale le parti precisano che "*resta invariata ogni altra previsione del contratto originario non modificata con il presente atto*".

Rapporti contrattuali istituendi

Le procedure di scelta del contraente in corso di svolgimento nel periodo successivo all'entrata in vigore della legge vengono portate a regolare conclusione, fatto salvo il caso in cui intervenga una motivata valutazione di inopportunità della aggiudicazione della fornitura del bene/del servizio. Nei casi in cui tale inopportunità fosse ravvisata, la decisione dell'Amministrazione di non giungere alla naturale conclusione della gara deve intervenire in un momento precedente l'aggiudicazione provvisoria, così che quest'ultima non sia realizzata.
Nel giudizio di inopportunità si dovrà tenere conto, in ragione dei nuovi assetti organizzativi:

- della sopravvenuta inservibilità/inutilità del bene/del servizio;
- della sopravvenuta inadeguatezza del bene/del servizio a soddisfare il fabbisogno della nuova compagine organizzativa;

- della sopravvenuta incompatibilità del bene/del servizio richiesto rispetto all'ambiente scientifico/tecnologico esistente nel nuovo soggetto (es: sistemi informatici o di gestione di metodiche cliniche oggetto dell'appalto incompatibili con quelli in uso presso le altre strutture partecipanti dei processi di accorpamento nei nuovi soggetti giuridici);
- della imprescindibile necessità di apportare modifiche sostanziali nella determinazione nell'*an* e nel *quantum* dei fabbisogni indicati nella procedura di gara originaria.
  Si precisa che, qualora le predette ragioni di impossibilità/inopportunità di concludere il procedimento si palesino in un momento successivo alla intervenuta aggiudicazione, ma precedente alla stipulazione del contratto, le aziende potranno ricorrere allo strumento della revoca in autotutela, dopo una valutazione delle conseguenze, anche economiche, nel caso concreto.
- per le procedure di gara in corso all'1.1.2016, per le quali non si sia già conclusa la valutazione tecnica delle offerte da parte delle commissioni all'uopo istituite, sarà necessario accertare la mancata sopravvenienza di ragioni di incompatibilità/conflitto di interesse in capo ai singoli commissari, nominati nell'ambito degli assetti organizzativi cessati.

Rapporti contrattuali in essere alla data dell'1.1.2016

- Per effetto di quanto stabilito dalla legge in tema di subentro nei rapporti attivi e passivi, da parte dei nuovi soggetti giuridici, le ASST e le ATS subentrano nella titolarità dei contratti a suo tempo stipulati dalle Aziende Ospedaliere e dalle ASL con riferimento alle forniture di beni e di servizi;
- nel primo periodo di applicazione della riforma è necessario verificare la possibilità di mantenere il contratto esistente agendo in virtù di un rapporto convenzionale. Ad esempio la riforma trasferisce alla competenza delle ASST funzioni prima esercitate dalle Aziende Sanitarie Locali. Nel nuovo modello organizzativo, dunque, vi sono funzioni che dalle preesistenti ASL sono trasferite in capo alle ATS e altre che, nella logica della continuità del percorso di cura del paziente, sono poste in capo alle ASST. La trasformazione della compagine organizzativa può determinare difficoltà di gestione nel breve termine. Pertanto, al fine di evitare che il processo di cambiamento si accompagni al rischio del prodursi di interruzioni nella regolare erogazione delle prestazioni a favore del paziente e del cittadino, si ritiene di poter individuare, in collaborazione con le aziende che andranno a costituire i nuovi soggetti giuridici, una serie di funzioni, indicate per la loro criticità, in relazione alle quali si potrà stabilire (una volta verificata la percorribilità giuridica della soluzione proposta) di mantenere la gestione del contratto, per un limitato periodo temporale, nelle competenze della ATS, che agirà in virtù di un rapporto convenzionale stabilito con la ASST, nel quale saranno regolati, tra l'altro, i rapporti economici tra i due soggetti;
- nelle fasi successive sarà necessario coordinare il processo di acquisto nelle nuove aziende costituite rivedendo i fabbisogni alla luce della riorganizzazione aziendale e riallineando le scadenze contrattuali;
- nel caso della scissione di presidi/distretti/funzioni e quando sia percorribile contrattualmente, i nuovi soggetti potranno valutare di subentrare pro-quota nei contratti originariamente stipulati dalla azienda cedente, per la parte/funzione ceduta;
- qualora, per la natura del contratto, quanto sopra non sia percorribile, ovvero sia contrario a ragioni di convenienza economica o organizzativa, dovrà essere valutata, nel caso

concreto, in assenza di disposizioni contrattuali ad hoc, per l'ipotesi rappresentata, la possibilità di recedere dal contratto, da parte della ATS o della ASST per sopravvenuti motivi di interesse pubblico discendenti dalla applicazione di una intervenuta disposizione di legge. Naturalmente, una tale soluzione deve essere verificata non solo alla luce della sua percorribilità giuridica nel caso concreto, ma anche in relazione a eventuali indennizzi che dovessero per legge essere riconosciuti al terzo a fronte del recesso;

- qualora, alla modifica della compagine organizzativa si accompagni un aumento o una diminuzione dei fabbisogni, rispetto a quelli rappresentati nel contratto originario stipulato dalla preesistente azienda, i nuovi soggetti giuridici dovranno valutare di agire all'interno del "quinto d'obbligo" oppure delle possibilità procedurali previste dal codice degli appalti;
- nell'ipotesi di coesistenza, nell'ambito del nuovo soggetto giuridico, di una molteplicità di contratti con identico o analogo oggetto, potranno essere valutate le seguenti alternative:
  - disporre un breve prolungamento della durata contrattuale, al fine di "allineare la scadenza del rapporto" a quella più lontana nel tempo. La percorribilità di una tale soluzione è condizionata dal necessario contenimento in termini temporali rigorosamente ristretti della proroga contrattuale e dalla contestuale verifica che la breve proroga non alteri l'equilibrio economico contrattuale in modo tale da porlo in contrasto con i principi contenuti nel Codice dei Contratti;
  - nel caso in cui la significativa distanza temporale tra le scadenze dei contratti aventi analogo/identico oggetto non consenta di percorrere la soluzione di cui al precedente punto, le aziende potranno, in vista della prima scadenza contrattuale, dare corso alla nuova procedura di gara per la fornitura/il servizio in esame, tenendo conto che, relativamente al nuovo contratto, potrà essere prevista l'esecuzione di una quota delle prestazioni in termini temporali differiti;
  - effettuare delle procedure "ponte" per riallineare le scadenze contrattuali;
  - qualora l'ATS o l'ASST subentrino nella titolarità di due o più contratti stipulati, per identico o analogo oggetto, con il medesimo fornitore, ma a condizioni economiche diverse, si ritiene che debbano essere condotte le opportune trattative col soggetto indicato, al fine di ricondurre il sinallagma contrattuale alle condizioni più convenienti per l'ATS e l'ASST, nella tutela dell'interesse pubblico alla maggiore economicità del rapporto contrattuale e nel rispetto della parità e uniformità di trattamento di situazioni giuridiche identiche o similari, nell'ambito della gestione economica e organizzativa del medesimo soggetto pubblico;
  - qualora l'ATS e l'ASST subentrino nella titolarità di due o più contratti stipulati, per identico o analogo oggetto, con fornitori diversi, e a condizioni economiche differenti è necessario caso per caso verificare la possibilità di mantenere i contratti esistenti per lo stretto tempo necessario al fine di valutare le misure idonee da adottare per dare uniformità alla fornitura;
  - a fronte delle problematiche sopra delineate, e, in particolare, del verificarsi di situazioni di coesistenza, nell'ambito del nuovo soggetto giuridico, di una molteplicità di contratti con identico o analogo oggetto, le ATS e le ASST, in aggiunta alle indicazioni proposte, sono invitate a considerare la nuova Spending Review per la sanità, quale ulteriore strumento di aiuto per la soluzione al problema della eventuale differente valutazione economica di prodotti/servizi assimilabili, di fronte alla duplice esigenza di non generare contenzioso con i contraenti e, al tempo stesso, di perseguire l'interesse pubblico a conseguire, tra le condizioni economiche proposte dal mercato, la più

conveniente possibile. La tematica della Spending Review, nel necessario perseguimento della riconquista dell'equilibrio economico nella gestione unitaria dell'attività contrattuale, deve essere proposta quale metodologia riconosciuta e avallata dal legislatore, in una più costruttiva logica di partecipazione dei soggetti pubblici e degli operatori privati alla crescita del sistema socio sanitario lombardo, per la ricerca di soluzioni coerentemente inserite nella organizzazione delle nuove aziende e agenzie;

- si invitano le aziende a operare una verifica circa la sussistenza, nei testi contrattuali, di specifiche clausole di risoluzione/recesso, ulteriori rispetto alle ipotesi previste e applicabili ex lege. In particolare, dovrà essere verificata nel contratto la presenza eventuale di clausole di recesso/risoluzione nell'ipotesi di modificazioni giuridiche/organizzative/economiche conseguenti alla riforma del sistema socio-sanitario. L'esercizio della facoltà di recesso/risoluzione contrattualmente prevista dovrà essere ponderata nelle sue conseguenze giuridiche e economiche, giustificandone il ricorso nei casi in cui siano effettivamente riscontrate l'impossibilità, l'inopportunità o l'assenza di convenienza nella prosecuzione del rapporto contrattuale;

Proroghe contrattuali e ricorso a procedure semplificate di acquisto

Preliminarmente a qualsiasi considerazione si ricorda la distinzione tra rinnovo e proroga contrattuale:

- ✓ il **rinnovo** comporta una rinegoziazione delle condizioni contrattuali con il medesimo soggetto, ossia un rinnovato esercizio dell'autonomia negoziale, suscettibile di sfociare anche in un nuovo e diverso regolamento di interessi;
- ✓ la **proroga** determina il solo effetto del differimento del termine di scadenza del rapporto, il quale resta regolato dal contratto originario.

La normativa in materia di contrattualistica pubblica ritiene che tanto il rinnovo quanto la proroga del contratto originario siano vietati, fatte salve alcune eccezioni.

Si richiama, in primis, l'articolo 29 del D.Lgs. 163/2006, ai sensi del quale l'amministrazione, che abbia inserito, nel bando di gara, la clausola di ripetizione del contratto, non si porrebbe, nell'esercitare tale opzione, in contrasto con il principio comunitario di garanzia del confronto concorrenziale. In tale caso, però, come specifica l'articolo in parola, il calcolo del valore stimato dell'appalto tiene conto dell'importo massimo stimato, ivi compresa qualsiasi forma di opzione o ripetizione del contratto.

Si invitano pertanto le aziende, preliminarmente alla assunzione di determinazioni nel merito, anche in termini di opportunità, a verificare, ad esito della ricognizione dei contratti in essere presso le ASL e le AO, la sussistenza della previsione, nei contratti originari in scadenza, dell'opzione di ripetizione prevista dall'articolo 29 del codice dei contratti.

Per quanto concerne invece lo strumento della proroga, si deve ribadire il principio in virtù del quale il divieto per le pubbliche amministrazioni di ricorrere a tale strumento ha valenza generale e preclusiva su eventuali contrarie disposizioni.

Ne discende che il ricorso alla proroga del contratto deve essere valutato come strumento del tutto eccezionale, da utilizzare nei casi in cui, per ragioni obiettivamente non dipendenti dalla pubblica amministrazione, si renda assolutamente necessario assicurare la continuità di una fornitura o di un servizio, per il breve lasso di tempo occorrente all'espletamento della procedura più idonea per il reperimento di un nuovo contraente.

Dai principi generali esposti, la cui violazione è fonte di responsabilità dirigenziale e altresì disciplinare, si ritiene di poter dedurre che:

- l'entrata in vigore delle legge regionale 23/2015 di riorganizzazione del sistema socio sanitario lombardo non legittima, di per sé, l'inosservanza delle disposizioni legislative nazionali, di derivazione comunitaria, che stabiliscono un generale divieto di rinnovo o proroga dei contratti;
- le difficoltà organizzative correlate alla attuazione della legge regionale di riforma e alla conseguente definizione e gestione dei nuovi assetti organizzativi potrebbero rendere necessario il ricorso allo strumento della proroga contrattuale, al solo fine di poter soddisfare la prioritaria esigenza di garantire la continuità e il regolare e efficiente svolgimento delle attività istituzionali a favore del cittadino. Naturalmente il ricorso alla proroga, nel caso descritto, deve ritenersi legittimato solo per il tempo necessario all'avvio delle procedure concorrenziali per l'approvvigionamento della fornitura/del servizio, che non possono, nel frattempo, essere interrotti per ragioni di pubblico interesse.
- Può altresì accadere che, nelle more della attivazione delle procedure di gara per l'affidamento di beni e servizi a beneficio dei nuovi soggetti giuridici costituiti, per i contratti in scadenza nel periodo immediatamente precedente o immediatamente successivo alla costituzione dei nuovi soggetti giuridici, si renda necessario ricorrere a brevi affidamenti "ponte", strettamente motivati dalla necessità di non interrompere le attività dei nuovi enti, e decisi mediante il ricorso a procedure semplificate di acquisto di cui all'articolo 57 del Codice dei Contratti.

La fase della esecuzione del contratto

- trasmissione della documentazione contrattuale: i soggetti cedenti dovranno fornire ai soggetti incorporanti copie dei contratti ceduti, nonché, in caso di contenzioso pendente, di natura giudiziale o stragiudiziale, tutta la documentazione e gli ulteriori elementi necessari alla tutela degli interessi pubblici coinvolti.
  Sempre per quanto concerne il contenzioso in essere al momento della cessione del rapporto sottostante, il soggetto che acquisisce il contratto, o comunque il rapporto gravato da procedura giudiziale in atto, dovrà stabilire, in accordo con il soggetto cedente, anche sulla base di accordi convenzionali, le modalità di prosieguo del contenzioso (ragioni di opportunità e economicità propendono per stabilire la continuità nella difesa degli interessi di causa della pubblica amministrazione, ma, qualora si dovesse stabilire un trasferimento di competenze nella gestione del contenzioso in atto, il soggetto subentrante nella gestione acquisirà la pratica nello stato in cui si trova, non potendosi ritenere responsabile delle strategie di difesa sino a quel momento poste in essere, soprattutto nel caso in cui le scelte intraprese abbiano determinato preclusioni a livello processuale);
- nomina del responsabile del procedimento / nomina del direttore dell'esecuzione dei contratti. Procedere, laddove il mutamento organizzativo lo renda necessario, alla adozione dei provvedimenti formali necessari per disporre il subentro di nuovi soggetti nella funzione di Responsabili del procedimento e di Direttori dell'esecuzione, in relazione ai contratti ceduti e per le fasi del procedimento/della esecuzione del contratto non ancora concluse. Rimane impregiudicata la responsabilità dei soggetti cessati, per le azioni e le misure precedentemente intraprese;

- controllo sulla esecuzione delle prestazioni contrattuali. Dovrà essere rafforzata, nell'ambito del nuovo assetto delle ATS e delle ASST, la funzione di controllo sulla esecuzione delle prestazioni contrattuali, in modo particolare con riferimento ai contratti ceduti, sia con riguardo alle forniture di beni, sia con riferimento alle esecuzione di servizi, assicurando una particolare diligenza nel controllo dei servizi ad alta intensità di manodopera, definiti come quelli nei quali il costo della manodopera sia pari ad almeno il 50% dell'importo totale del contratto;
- regolamenti aziendali. I nuovi soggetti dovranno procedere alla ricognizione degli atti regolamentari vigenti presso le aziende cessate, per un necessario raffronto tra gli articoli che dispongono in merito alla disciplina delle attività istituzionali, e, conseguentemente, per una verifica in merito alla eventuale differente regolamentazione di funzioni identiche. In particolare, con riferimento specifico alla attività contrattuale, si dovrà procedere all'esame dei "regolamenti aziendali in materia di acquisti" per apportare le misure correttive indispensabili a garantire l'uniformità dei comportamenti. Una considerazione a parte meritano quei regolamenti la cui adozione è prevista dalla stessa normativa speciale. Rileva, a tale proposito, a titolo di esempio, l'articolo 97-ter del D.Lgs. 163/2006, che dispone in merito alla costituzione di un fondo per la progettazione e l'innovazione. I regolamenti vigenti presso le cessate Aziende Sanitarie potrebbero realizzare una disparità di trattamento in merito ai criteri di attribuzione dell'incentivo per la progettazione interna ai soggetti titolati a riceverlo. Dovrà essere ristabilita la condizione di uniformità di trattamento (adozione di un unico regolamento per il nuovo soggetto giuridico, che stabilisca i criteri di riparto delle risorse del fondo)
- Il Responsabile per la prevenzione della corruzione e il Responsabile per la trasparenza e l'integrità. Per quanto si tratti di problematica "trasversale" rispetto alla attività contrattuale in sé e per sé considerata, non si può negare come quest'ultima non solo rientri tra le attività espressamente considerate "a rischio" da Piano Nazionale Anticorruzione, ma la stessa risulti altresì investita da una serie di adempimenti specifici previsti dalla Legge 190/2012. I nuovi soggetti giuridici, nel caso in cui si realizzi la fusione/l'accorpamento tra più aziende preesistenti, dovranno procedere alle nuove nomine delle figure del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e del Responsabile per la Trasparenza e l'Integrità, e provvedere, nei tempi stabiliti dall'ANAC, all'aggiornamento dei Piani Aziendali, ricercando una uniformità di azione, per il nuovo soggetto giuridico, nelle misure di prevenzione della corruzione e nelle misure di controllo, rispetto a quanto stabilito nei previgenti Piani, in essere presso le preesistenti ASL e AO.

Sub Allegato 5

LEGGE REGIONALE 11 AGOSTO 2015, N. 23 – EVOLUZIONE DEL SISTEMA SOCIOSANITARIO LOMBARDO: MODIFICHE AL TITOLO I E AL TITOLO II DELLA LEGGE REGIONALE 30 DICEMBRE 2009, N. 33 (TESTO UNICO DELLE LEGGI REGIONALI IN MATERIA DI SANITA')

RICOGNIZIONE RAPPORTI ATTIVI E PASSIVI ATS E ASST

◊ I CONTRATTI ASSICURATIVI E LA GESTIONE DEL CONTENZIOSO – LA RESPONSABILITA' CIVILE VERSO TERZI E VERSO PRESTATORI D'OPERA (POLIZZE RCT/O)

La costituzione delle ATS e delle ASST, nella configurazione prevista dalla riforma, determina la necessità di realizzare un coordinamento tra le polizze assicurative in vigore, al fine di garantire la continuità della copertura dei rischi dei nuovi soggetti giuridici, nell'assetto loro conferito dalla legge nonché regolamentare la gestione del contenzioso.

Nell'assumere le determinazioni in relazione ai contratti vigenti, si dovrà tenere conto dei seguenti criteri:

1) dovrà essere stabilito in modo inequivocabile l'iter di gestione del contenzioso, con particolare riferimento al contenzioso pendente nelle attuali Aziende Ospedaliere e ASL;
2) nei limiti del possibile dovrà essere salvaguardato, sino alla scadenza (riallineata) del contratto, l'attuale assetto assicurativo, verificando la possibilità di far convivere le diverse polizze, riconducendo alla vigenza di ciascuna gli eventi che dovessero occorrere nelle Aziende e Agenzie, successivamente alla loro costituzione;
3) dovranno essere prioritariamente definite le questioni gestionali e organizzative imprescindibili, quali la titolarità di gestione della SIR, la composizione e la allocazione degli uffici di gestione dei sinistri, la definizione dei soggetti deputati alla gestione del contenzioso, alla conduzione delle trattative, alla assunzione di determinazioni in merito alla definizione transattiva dei sinistri, alla definizione delle problematiche medico legali, ecc.;
4) si dovrà procedere ad una esaustiva mappatura del contenzioso in essere, sia sotto che sopra SIR o non garantito da alcuna polizza assicurativa, nonché della composizione e delle attribuzioni dei Comitati di Valutazione dei Sinistri;

5) preliminare alla assunzione di decisioni in merito alla ridefinizione dell'assetto assicurativo dei nuovi soggetti è la mappatura delle condizioni contrattuali in essere, con particolare riferimento ai massimali per sinistro e aggregati, ai livelli di auto-ritenzione del rischio, alla disciplina dei fatti noti, ai termini di retroattività delle polizze, alla disciplina assicurativa dei rapporti in essere con i liberi professionisti contrattualizzati, alle procedure di gestione dei sinistri in applicazione presso le Aziende, ai servizi di brokeraggio in vigore e alle relative scadenze.

Tra le ipotesi possibili sembrerebbe preferibile la previsione di una gestione in **continuità dei contratti assicurativi** nelle aziende di nuova costituzione, da realizzare applicando i seguenti principi:

- per quanto concerne i contratti attivi presso le attuali ASL, la ATS subentra nella gestione degli stessi. La ATS gestisce anche la retroattività delle suddette polizze, altresì in relazione ai distretti/alle funzioni ceduti alle ASST. Pertanto, gli eventi occorsi nel periodo sino al 31.12.2015 (in relazione ai territori/alle funzioni ceduti), anche se i sinistri pervengano dopo tale data, devono essere denunciati sulle polizze delle ex ASL (nella cui titolarità è subentrata la ATS), e i sinistri devono essere gestiti dai competenti uffici delle ATS.

  Per gli eventi che dovessero accadere a far data dall'1.1.2016, alle ATS è demandata unicamente la gestione dei sinistri riferiti ai territori e alle funzioni di sua competenza, così come individuata dalla legge regionale.
- se nel nuovo soggetto giuridico confluiscono più contratti assicurativi, a scadenza differenziata, si ritiene opportuno **allineare** le scadenze in previsione delle procedure unificate da attivare.

  In particolare, in presenza di raggruppamenti all'interno dei quali si evidenzino scadenze prossime alla data del 31.12.2016, per eccesso o per difetto, si reputa opportuno allineare le scadenze al 31.12.2016. Laddove, invece, siano attivi contratti di più lunga durata (ad esempio 31.12.2017), verificare la possibilità di agire al fine di allineare le polizze alla scadenza più lontana nel tempo.

  La vigenza di tempistiche contrattuali diversificate, nell'ambito del sistema regionale, consentirebbe peraltro di organizzare le future procedure di gara a scadenze differenziate,

rafforzando in tal modo la possibilità di conseguire dal mercato assicurativo una risposta favorevole.

- nel caso in cui nel nuovo soggetto giuridico confluiscano polizze stipulate con la medesima Compagnia Assicurativa, valutare la possibilità di unificare, per quanto possibile, e in senso favorevole per l'Ente, i contratti. Si precisa come, nei casi in cui si renda necessario/opportuno introdurre sensibili modifiche alle condizioni della polizza preesistente, per consentire una maggiore uniformità nella gestione dei rischi assicurati, debba essere rispettato il criterio per il quale, in nessun caso, gli interventi realizzati possano determinare, nel complesso, un aggravio, in termini economici, per il sistema.
- nel caso in cui nel nuovo soggetto giuridico confluiscano polizze stipulate con diverse Compagnie Assicurative, valutare, tra le altre, la possibilità di avere un'unica copertura in regime di coassicurazione, sino alla prima data utile per dare corso a una nuova procedura di gara.

Sinteticamente, avuto riguardo alla composizione delle ATS e delle ASST, e in ossequio ai criteri esposti, si descrivono le tre seguenti fattispecie:

a) ASST derivante da fusione per incorporazione di una precedente AO, con assetto ospedaliero immodificato a cui si aggiunge una porzione di territorio della ASL.(es. ASST Ovest Milanese [AO Legnano], ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda [AO Niguarda]);

b) ASST derivante da fusione per incorporazione di due o più precedenti AO, nella loro interezza a cui si aggiunge una porzione di territorio della ASL (es: Santi Carlo e Paolo);

c) ASST derivante da fusione per incorporazione di precedente/i A.O., a cui deve aggiungersi la scissione di un presidio ospedaliero da parte di una preesistente AO, oltre ad una porzione di territorio della ASL (esempio: ASST FBF- Sacco [scissione Ospedale Vittore Buzzi da AO ICP], ASST DEI SETTE LAGHI [scissione Ospedale di Tradate da AO Busto Arsizio]).

Determinazioni da assumere in relazione al contratto assicurativo

a) La ASST subentra nel contratto sottoscritto dalla precedente AO. Per quanto concerne i territori/le funzioni scissi dalla ex ASL e incorporati nella ASST, quest'ultima prenderà in carico unicamente gli eventi che dovessero prodursi successivamente alla sua costituzione, e, dunque, a far data dall'1.1.2016. In relazione al trasferimento del rischio alla ASST, per gli eventi futuri, qualora il territorio/funzioni scissi dovessero risultare di entità modesta, a riguardo soprattutto della quota di rischio trasferita, si potrà valutare l'ipotesi di estensione (a costo zero) del contratto assicurativo in capo alle ASST; differentemente potrà essere valutata la cessione di parte del contratto assicurativo stipulato a suo tempo dalla preesistente ASL cedente in relazione al rischio effettivamente trasferito.

   In tal senso si raccomanda alle Aziende di operare una attenta valutazione dei rischi trasferiti dalle pre-esistenti ASL, ai fini di un giudizio sulla congruità di eventuali variazioni (in aumento o in diminuzione) dei premi assicurativi, tenuto conto in particolare delle quote di SIR in vigore, ferma la possibilità di operare compensazioni tra le diverse strutture (cedenti e incorporanti), affinché non ci sia alcun aggravio di costo per il sistema.

b) Due casi:

   a. distinte polizze in capo ad un **unico operatore economico**: avviare procedura di confronto con la compagnia assicurativa per la verifica delle condizioni delle polizze volta all'allineamento delle scadenze contrattuali e alla omogeneizzazione delle condizioni di polizza (laddove se ne ravvisino la opportunità e la convenienza), avendo cura che non siano alterati gli equilibri contrattuali a danno delle pubbliche amministrazioni. Dell'esito della negoziazione con la compagnia assicurativa e del vantaggio per la ASST, conseguito alla omogeneizzazione delle condizioni di polizza, deve essere data evidenza in un provvedimento deliberativo *ad hoc. (N.B. Le aziende dovranno avere cura di verificare* bene le singole condizioni contrattuali, quali, ad esempio: l'esistenza della clausola fatti noti, l'ammontare della SIR, il valore del premio e della franchigia, gli anni di retroattività etc…). La ASST dovrà, in linea con la scadenza del contratto, predisporre gli atti per la nuova gara per arrivare ad aggiudicazione in tempo utile.

Per quanto concerne i territori/le funzioni scissi dalla ex ASL e incorporati nella ASST, quest'ultima prenderà in carico unicamente gli eventi che dovessero prodursi successivamente alla sua costituzione, e, dunque, a far data dall'1.1.2016. In relazione al trasferimento del rischio alla ASST, per gli eventi futuri, qualora il territorio/funzioni scissi dovessero risultare di entità modesta, a riguardo soprattutto della quota di rischio trasferita, si potrà valutare l'ipotesi di estensione (a costo zero) del contratto assicurativo in capo alle ASST; differentemente potrà essere valutata la cessione di parte del contratto assicurativo stipulato a suo tempo dalla preesistente ASL cedente in relazione al rischio effettivamente trasferito. In tal senso si raccomanda alle Aziende di operare una attenta valutazione dei rischi trasferiti dalle pre-esistenti ASL, ai fini di un giudizio sulla congruità di eventuali variazioni (in aumento o in diminuzione) dei premi assicurativi, tenuto conto in particolare delle quote di SIR in vigore, ferma la possibilità di operare compensazioni tra le diverse strutture (cedenti e incorporanti), che non comportino alcun aggravio di costo per il sistema.

b. distinte polizze **in capo a più operatori economici**:

   i. l'ASST subentra nelle singole polizze stipulate dalle pre-esistenti aziende, verificando la possibilità di allineare le scadenze sulla base dei principi esposti nelle premesse;
   ii. in subordine, e qualora l'ipotesi 1) non possa essere perseguita o non risulti conveniente, saranno valutate le misure più opportune, nel caso concreto, per garantire la copertura assicurativa alla neo-costituita ASST.

Per quanto concerne i territori/le funzioni scissi dalla ex ASL e incorporati ASST, quest'ultima prenderà in carico unicamente gli eventi che dovessero prodursi successivamente alla sua costituzione, e, dunque, a far data dall'1.1.2016. Il trasferimento del rischio alla ASST, per gli eventi futuri, potrà essere realizzato tramite la cessione, pro-quota, del contatto assicurativo stipulato a suo tempo dalla preesistente ASL cedente. In tal senso si raccomanda alle Aziende di operare una attenta valutazione dei rischi trasferiti dalle pre-esistenti ASL, ai fini di un giudizio sulla congruità di eventuali variazioni (in aumento o in diminuzione) dei premi assicurativi, tenuto conto in particolare delle quote di SIR in vigore, ferma la possibilità di

operare compensazioni tra le diverse strutture (cedenti e incorporanti), che non comportino alcun aggravio di costo per il sistema.

c) Due casi:

   a. distinte polizze in capo ad un **unico operatore economico**: avviare procedura di confronto con la compagnia assicurativa per la verifica delle condizioni delle polizze volta all'allineamento delle scadenze contrattuali e alla omogeneizzazione delle condizioni di polizza (laddove se ne ravvisino la opportunità e la convenienza), avendo cura che non siano alterati gli equilibri contrattuali a danno delle pubbliche amministrazioni. Dell'esito della negoziazione con la compagnia assicurativa e del vantaggio per la ASST, conseguito alla omogeneizzazione delle condizioni di polizza, deve essere data evidenza in un provvedimento deliberativo *ad hoc. (N.B. Le aziende dovranno avere cura di verificare* bene le singole condizioni contrattuali, quali, ad esempio: l'esistenza della clausola fatti noti, l'ammontare della SIR, il valore del premio e della franchigia, gli anni di retroattività etc…). La ASST dovrà, in linea con la scadenza del contratto, predisporre gli atti per la nuova gara (verificare con ARCA tempi e modi secondo le regole regionali) per arrivare ad aggiudicazione in tempo utile.

      Per quanto concerne le strutture/i presidi scissi dalle ex Aziende Ospedaliere, la nuova ASST subentrerà nel contratto assicurativo stipulato a suo tempo dall'ente cessato, con esclusivo riferimento agli eventi che dovessero prodursi successivamente alla sua costituzione, e, dunque, a far data dall'1.1.2016, e con una ripartizione del premio calcolata di conseguenza, vale a dire in ragione della quota di rischio trasferita. Dunque la ASST che incorpora la preesistente Azienda cedente (esempio: ASST Nord Milano che incorpora AO ICP) gestirà la retroattività della polizza in relazione al presidio scisso (es. Ospedale Vittore Buzzi). Di conseguenza, gli eventi occorsi nel presidio scisso, nel periodo sino al 31.12.2015, indipendentemente da quando saranno denunciati, rimarranno in carico alla ASST (ASST Nord Milano) che incorpora la preesistente Azienda cedente (AO ICP), e i sinistri saranno gestiti dai competenti uffici della stessa (ASST Nord Milano)

Per quanto concerne i territori/le funzioni scissi dalla ex ASL e incorporati nella ASST, quest'ultima prenderà in carico unicamente gli eventi che dovessero prodursi successivamente alla sua costituzione, e, dunque, a far data dall'1.1.2016. In relazione al trasferimento del rischio alla ASST, per gli eventi futuri, qualora il territorio/funzioni scissi dovessero risultare di entità modesta, a riguardo soprattutto della quota di rischio trasferita, si potrà valutare l'ipotesi di estensione (a costo zero) del contratto assicurativo in capo alle ASST; differentemente potrà essere valutata la cessione di parte del contratto assicurativo stipulato a suo tempo dalla preesistente ASL cedente in relazione al rischio effettivamente trasferito. In tal senso si raccomanda alle Aziende di operare una attenta valutazione dei rischi trasferiti dalle pre-esistenti ASL, ai fini di un giudizio sulla congruità di eventuali variazioni (in aumento o in diminuzione) dei premi assicurativi, tenuto conto in particolare delle quote di SIR in vigore, ferma la possibilità di operare compensazioni tra le diverse strutture (cedenti e incorporanti), che non comportino alcun aggravio di costo per il sistema.

b. distinte polizze in capo più operatori economici:

1) l'ASST subentra nelle singole polizze stipulate dalle pre-esistenti Aziende, per intero, in relazione alle cessate Aziende Ospedaliere che vengono incorporate nelle neo-costituite ASST, mentre, per quanto concerne le strutture/i presidi scissi dalle ex Aziende Ospedaliere, la nuova ASST subentrerà nel contratto assicurativo stipulato a suo tempo dall'ente cessato, con esclusivo riferimento agli eventi che dovessero prodursi successivamente alla sua costituzione, e, dunque, a far data dall'1.1.2016, e con una ripartizione del premio calcolata di conseguenza, vale a dire in ragione della quota di rischio trasferita.

Sarà verificata dalla ASST la possibilità di allineare le scadenze contrattuali delle diverse polizze in essere, nelle more della predisposizione degli atti per la gara ad evidenza pubblica riferita alla nuova compagine organizzativa.

Per quanto concerne i territori/le funzioni scissi dalla ex ASL e incorporati nelle ASST, quest'ultima prenderà in carico unicamente gli eventi che dovessero prodursi

successivamente alla sua costituzione, e, dunque, a far data dall'1.1.2016. In relazione al trasferimento del rischio alla ASST, per gli eventi futuri, qualora il territorio/funzioni scissi dovessero risultare di entità modesta, a riguardo soprattutto della quota di rischio trasferita, si potrà valutare l'ipotesi di estensione (a costo zero) del contratto assicurativo in capo alle ASST; differentemente potrà essere valutata la cessione di parte del contratto assicurativo stipulato a suo tempo dalla preesistente ASL cedente in relazione al rischio effettivamente trasferito. In tal senso si raccomanda alle Aziende di operare una attenta valutazione dei rischi trasferiti dalle pre-esistenti ASL, ai fini di un giudizio sulla congruità di eventuali variazioni (in aumento o in diminuzione) dei premi assicurativi, tenuto conto in particolare delle quote di SIR in vigore, ferma la possibilità di operare compensazioni tra le diverse strutture (cedenti e incorporanti), che non comportino alcun aggravio di costo per il sistema.

La procedura proposta per le ATS

- Come principio di ordine generale, e come più volte ricordato, la neo costituita ATS subentra nella gestione dei contratti attivi presso le attuali Aziende Sanitarie Locali (ASL). La ATS gestisce anche la retroattività delle suddette polizze, altresì in relazione ai distretti/alle funzioni scissi e incorporati nelle ASST. Pertanto, gli eventi occorsi nel periodo sino al 31.12.2015, indipendentemente da quando saranno denunciati (in relazione ai territori/alle funzioni scissi e incorporati nelle ASST) devono essere gestiti dalle polizze delle ex ASL (nella cui titolarità è subentrata la ATS), e i sinistri devono essere gestiti dai competenti uffici delle ATS.

  Per gli eventi che si dovessero produrre a far data dall'1.1.2016, alla ATS è demandata unicamente la gestione dei sinistri riferiti ai territori e alle funzioni di sua competenza.

  In alcune ATS (Bergamo, Brescia, Pavia), nelle quali confluisce una unica cessata ASL, è presente un solo operatore economico, per cui si realizza, nel caso di specie, il semplice subentro della ATS nel contratto a suo tempo stipulato dalla ex ASL, fatte salve le specifiche sopra riportate in tema di retroattività delle polizze. Laddove, invece, la ATS

subentra nella gestione dei contratti a suo tempo stipulati da più ASL pre-esistenti, la ATS dovrà verificare le condizioni delle singole polizze nelle quali subentra, anche allo scopo di allineare le scadenze contrattuali al 31.12.2016, o ad altra data da valutare nel caso concreto, nelle more della predisposizione degli atti per la gara ad evidenza pubblica riferita al nuovo assetto organizzativo.

Si evidenzia come, in un caso, ATS Valpadana, confluiscono una ASL che ha un contratto di assicurazione e una che è in autoassicurazione. Si propone di seguire la procedura negoziata con il contraente al fine di poter prevedere l'assicurazione anche nella parte di territorio in autoassicurazione fino al 31.12.2016 e nel frattempo procedere alla predisposizione degli atti per la gara ad evidenza pubblica.

NOTA DI CHIUSURA IN TEMA DI FRANCHIGIE AGGREGATE

Nei casi in cui si realizza la scissione di territori/funzioni, da parte della ex ASL alla ASST, ovvero la scissione di strutture/presidi dalle cessate Aziende Ospedaliere alla ASST, si è detto che la ASST subentra nel contratto assicurativo stipulato a suo tempo dall'ente cessato, per la parte di rischio che viene trasferita (eventi che dovessero prodursi con riferimento ai territori, ai presidi e alle funzioni cedute, successivamente alla costituzione della ASST, vale a dire a decorrere dall'1 gennaio 2016). Laddove il contratto originario, stipulato a suo tempo dall'ente cedente e che viene in parte ceduto per effetto della riforma, preveda l'applicazione di una franchigia aggregata, quest'ultima verrà a sua volta ripartita sulla base della quota di rischio traferito alla ASST.

Analogo ragionamento dovrà valere per massimali in aggregato e situazioni similari.

Sub Allegato 6

LEGGE REGIONALE 11 AGOSTO 2015, N. 23 – EVOLUZIONE DEL SISTEMA SOCIOSANITARIO LOMBARDO: MODIFICHE AL TITOLO I E AL TITOLO II DELLA LEGGE REGIONALE 30 DICEMBRE 2009, N. 33 (TESTO UNICO DELLE LEGGI REGIONALI IN MATERIA DI SANITA')

RICOGNIZIONE RAPPORTI ATTIVI E PASSIVI ATS E ASST

◊ I SERVIZI DI TESORERIA

Con Decreto Regionale n. 3773 dell'11 maggio 2015 è intervenuta l'approvazione degli atti di svolgimento della procedura aperta in forma aggregata per l'appalto del servizio di tesoreria della Regione Lombardia e degli altri enti ed aziende sanitarie, nonché l'aggiudicazione definitiva in favore del costituendo RTI tra Intesa San Paolo SPA, Banca Popolare di Milano SCRL, Banca Popolare di Sondrio SCPA, Unione Banche Italiane SCPA, Banca Popolare di Bergamo SPA, Banco di Brescia SPA e Banca Popolare Commercio e Industria SPA.
Alla procedura hanno partecipato 22 Aziende Ospedaliere e ASL. La vigenza delle convenzioni con i singoli enti ha inizio dalla data della sottoscrizione sino al 31.12.2020.
Nell'ambito delle aziende che non hanno partecipato alla procedura sono in vigore convenzioni per l'esecuzione del servizio in parola, che presentano scadenze differenziate nel breve e nel lungo termine.
L'individuazione dell'istituto bancario, con funzione di Tesoriere, da parte delle ATS e delle ASST, impone la risoluzione della criticità rappresentata dalla sovrapposizione di più contratti facenti capo alle preesistenti aziende.

Si rappresentano le diverse fattispecie:

1) La ASST prosegue nel contratto stipulato a suo tempo dalla Azienda Ospedaliera che viene incorporata nel nuovo soggetto giuridico. Con riferimento invece ai distretti (o funzioni nell'ambito dei distretti) e ai presidi ceduti dalle preesistenti Aziende Ospedaliere e ASL, si deve rilevare come il servizio di tesoreria in esecuzione presso le predette realtà sia riconducibile a un contratto la cui titolarità fa capo ai soggetti giuridici cedenti. Poiché dunque il tesoriere, presso le costituende ASST è **unico**, e non sussistendo dunque alcun interesse per i nuovi soggetti a subentrare pro-quota nei contratti a suo tempo stipulati dalle aziende cedenti, si dovrebbe ravvisare un interesse pubblico a che la nuova ASST (salvo eventuali eccezioni, che dovranno essere valutate caso per caso) subentri nel contratto per l'affidamento del servizio di tesoreria, stipulato dalla preesistente Azienda Ospedaliera. Naturalmente, una tale risoluzione implica necessariamente una estensione dell'oggetto contrattuale, che scaturisce dalla situazione eccezionale verificatasi a seguito dell'entrata in vigore della Legge regionale 23/2015. Si dovrà dunque valutare se, considerate le modifiche intervenute nel contratto, quest'ultimo possa legittimamente essere condotto a esecuzione sino alla sua scadenza naturale o se, invece, la scadenza debba essere anticipata alla ragionevole data del 31.12.2016, così da consentire alle nuove realtà istituzionali di espletare il procedimento di gara per l'affidamento del servizio.

2) Per quanto concerne le costituende ATS, nelle quali confluiscono pro-quota le strutture/le funzioni appartenenti alle preesistenti ASL, l'analisi deve essere condotta avendo riguardo ai contratti stipulati dalle ASL. Nei casi in cui si evidenzi uno scenario uniforme, dove le ex ASL afferenti alla ATS avevano a suo tempo affidato il servizio al medesimo istituto bancario, *nulla quaestio*. Si tratterà al più di far confluire le condizioni di esecuzione del servizio in un unico contratto, ovviamente alla condizioni maggiormente convenienti per il soggetto pubblico. Laddove invece, nella nuova ATS, confluiscano molteplici contratti stipulati con istituti bancari non coincidenti, si dovrebbe poter ricorrere, nella scelta del contraente, al criterio della prevalenza, da riferire, per evidenti ragioni organizzative legate alle ristrettissime tempistiche di attuazione, a criteri di "maggior volume strutturale", ovvero a criteri di "maggiore convenienza economica del servizio". Per quanto concerne la durata del servizio, si rimanda alle considerazioni di cui al precedente punto.

3) Maggiori problemi potrebbero evidenziarsi nel caso delle ASST nelle quali si realizzano fusioni per incorporazione di diverse preesistenti Aziende Ospedaliere (es. ASST FBF/Sacco, ASST Santi Paolo e Carlo, ecc). In questo caso, tralasciando di discutere in merito alla cessione alla ASST di presidi e distretti da parte di ex ASL o A.O. (nei confronti della quale valgono le medesime considerazioni di cui al punto 1), il nuovo soggetto giuridico subentra nei contratti facenti capo a tutte le ex. A.O. incorporate. *Nulla quaestio* in relazione alle aziende partecipanti alla fusione che esibiscono nel contratto il medesimo istituto bancario nella qualità di tesoriere. Laddove, invece, il terzo contrente non sia coincidente, le Aziende dovranno effettuare una ragionata valutazione in termini di possibilità giuridica, e di convenienza organizzativa e economica, per definire il criterio di prevalenza che porterà alla scelta del tesoriere unico.

Sub Allegato 7

Evoluzione del Sistema Sociosanitario Lombardo (SSL)

Primi Interventi sui Sistemi Informativi

1. Premessa

La L.R. n.23 del 11 agosto 2015 prevede la costituzione di nuovi soggetti giuridici ai quali verranno assegnate strutture ospedaliere e territoriali, risorse umane e tecnologiche, beni e servizi che dovranno essere presi in carico dal punto di vista giuridico ed operativo per garantire l'avvio dei nuovi soggetti sin dal 1 gennaio 2016. L'assetto delle nuove Aziende deve poter disporre della necessaria infrastruttura informatica e dei servizi applicativi per poter garantire il perfetto funzionamento sin dal primo giorno di costituzione.

Al fine di analizzare congiuntamente la nuova realtà organizzativa definita nell'ambito della Legge Regionale e di ipotizzare soluzioni tecniche condivise per supportare al meglio la nascita dei nuovi soggetti giuridici e pianificare la progressiva implementazione del nuovo modello organizzativo previsto dalla Legge Regionale, sono stati svolti nelle settimane scorse specifici incontri con i referenti dei Sistemi Informativi di ciascuna delle aree territoriali corrispondenti con le future aziende ATS.

In tali incontri sono state presentate e condivise le diverse fasi evolutive nell'ambito delle quali dovranno essere pianificati i diversi interventi tecnici necessari a portare progressivamente a compimento la completa riorganizzazione dei sistemi informativi delle nuove aziende sociosanitarie:

- **Fase 1** (31 dicembre 2015): interventi straordinari, con minimo impatto sull'architettura generale dei singoli sistemi informativi aziendali, finalizzati a garantire la totale continuità di servizio sia nei confronti degli operatori sociosanitari che degli utenti che accedono alle strutture ospedaliere e territoriali. Tali interventi minimali devono essere pianificati e realizzati entro il 31 dicembre 2015 per assicurare il perfetto funzionamento delle nuove Aziende a partire dal 1 gennaio 2016.

- **Fase 2** (31 dicembre 2016): avvio interventi per la piena condivisione dell'infrastruttura tecnologica e di comunicazione e per uniformare i sistemi informativi di area amministrativo contabile e di accoglienza con soluzioni condivise a livello interaziendale; tali interventi devono essere pianificati entro il 31 gennaio 2016 e realizzati entro il primo anno di gestione delle costituende Aziende. Tra questi interventi rientrano, inoltre, gli adeguamenti relativi alla corretta gestione dei flussi di rendicontazione per i quali utilizzerà una nuova Codifica Unica Regionale degli Enti e delle Strutture del SSL.

- **Fase 3**: pianificazione e realizzazione della nuova architettura generale dei sistemi informativi delle nuove Aziende Sanitarie con particolare riferimento alla diffusione e sviluppo omogeneo, organico e condiviso a livello di ATS o, preferibilmente, a livello regionale dei principali servizi applicativi per il supporto all'attività sociosanitaria delle Aziende. Il piano di evoluzione deve essere presentato entro il 30 giugno 2016 ed avere una dimensione tecnica ed economica che copra almeno il primo triennio di gestione delle nuove Aziende.

Tali interventi dovranno essere svolti in modo coordinato con le evoluzioni che interesseranno il sistema informativo socio sanitario di Regione Lombardia (SISS).

2. Interventi tecnici per la attuazione della Fase 1

Dagli incontri tecnici, condotti con la collaborazione ed il supporto specialistico di Lombardia Informatica, e dalle verifiche informali effettuate con il gruppo di lavoro definito a livello regionale, sono emerse alcune indicazioni generali per l'attuazione dei primi interventi riferiti alla **Fase 1**. Di seguito vengono descritte le prime indicazioni attuative cui tutte le attuali aziende devono attenersi per l'implementazione di quanto necessario a garantire il corretto funzionamento delle nuove aziende sin dal primo giorno. Tali indicazioni valgono per tutte le aziende salvo diverse e motivate valutazioni basate sulle specificità locali e previa condivisione a livello del gruppo di coordinamento di ciascuna ATS.

Gli interventi tecnici previsti vengono classificati nelle due seguenti differenti tipologie che concorrono entrambe al raggiungimento dell'obiettivo comune di supportare nel migliore dei modi l'avvio della riforma:

A) ***Interventi tecnici interaziendali da effettuare a livello centrale***

- Infrastruttura di comunicazione
- Sistema di codifica delle nuove aziende e flussi informativi
- Sistema di prenotazione interaziendale
- Gestione dei ruoli operatori SISS
- Adeguamento della Anagrafe Assistiti
- Adeguamenti agli altri sistemi Regionali (es. fatturazione, G3S, Osservatorio acquisti)

B) ***Interventi tecnici da effettuare in ciascuna singola azienda***

- Sistema di gestione delle risorse umane
- Sistema di gestione logistico contabile
- Sistemi applicativi di area territoriale (area ex – Azienda Sanitaria Locale)
- Sistemi applicativi di area ospedaliera (area ex – Azienda Ospedaliera)
- Protocollo Informatico
- Servizi di comunicazione aziendale
- Service Provider

Le due tipologie di attività sono fortemente correlate fra loro. L'attuazione degli interventi delle diverse tipologie dovrà essere governata secondo un unico programma che integra le tipologie di intervento a livello centrale e su singola azienda.

Di seguito vengono descritti i primi interventi di interesse interaziendale che verranno effettuati a livello centrale cui potranno seguire ulteriori indicazioni che dovessero rendersi necessarie in una fase successiva.

Infrastruttura di comunicazione

Per garantire l'accesso ai molteplici servizi applicativi da tutte le sedi delle Aziende di nuova costituzione sin dal primo giorno di avvio delle ATS e ASST è necessario che venga implementata una infrastruttura di comunicazione informatica che consenta la interconnessione tra le Aziende che, in conseguenza dell'evoluzione del SSL devono condividere diversi servizi applicativi ..

Dalle verifiche tecniche effettuate da Lombardia Informatica è emersa la possibilità di utilizzare l'infrastruttura di comunicazione della rete regionale SISS attraverso la quale, previa opportuna attività di configurazione, è possibile implementare in modo solido, sicuro ed economico la rete di comunicazione informatica indispensabile a garantire la comunicazione di dati e servizi applicativi su tutta l'area territoriale. Considerata l'attuale occupazione di banda sull'infrastruttura di comunicazione regionale, si ritiene che non sia necessario prevedere alcun adeguamento della banda stessa se non in casi eccezionali da valutare singolarmente.

Lombardia Informatica organizzerà e supporterà le attività tecniche di configurazione necessarie alla realizzazione della rete di comunicazione sulla base delle effettive esigenze che dovranno essere espresse dalle Aziende Sanitarie su tutte le aree territoriali che consentirà di disporre di un servizio di connettività informatica per interconnettere le sedi ospedaliere e territoriali del territorio di riferimento di ciascuna ATS.

Resta inteso che tale opportunità rappresenta una prima ed immediata soluzione tecnica della quale ciascuna realtà aziendale può avvalersi nella fase transitoria senza, peraltro, pregiudicare la eventuale e successiva realizzazione di una soluzione diversa e più adeguata alle esigenze specifiche territoriali delle nuove realtà Aziendali.

Le strutture dei Sistemi Informativi delle attuali Aziende devono, pertanto, predisporre un piano condiviso per garantire la connettività di tutte le sedi per le quali se ne evidenzia l'esigenza. Il piano dovrà prevedere una soluzione transitoria da realizzare nel più breve tempo possibile ed una ipotesi definitiva di consolidamento dell'infrastruttura di comunicazione su tutta l'area corrispondente a ciascuna ATS.

Codifica delle nuove Aziende e Flussi Informativi

La costituzione dei nuovi Enti ATS ed ASST determina la necessità di intervenire sul sistema di codifiche regionale per adeguarlo alle nuove realtà aziendali costituite attraverso fusioni, cessioni o scorporo di strutture sanitarie.

E' necessario definire centralmente un nuovo sistema regionale di Codifica Univoca degli Enti Sanitari (CUDES), per assegnare una nuova codifica alle strutture ospedaliere e territoriali, ai reparti e servizi la cui applicazione consentirà di razionalizzare la nomenclatura del sistema nel suo complesso e di uniformare e rendere univoci i codici utilizzati in tutti i flussi informativi di area ospedaliera e di area sociosanitaria.

Identificare e caratterizzare tutte le strutture organizzative del SSL affinché siano univocamente individuate e movimentate da tutte le fonti che caratterizzano il patrimonio informativo di Regione Lombardia sarà perciò il primo obiettivo. Ciò apporterà un notevole miglioramento all'attività di razionalizzazione del patrimonio informativo del SSL e di valorizzazione delle possibilità di elaborazione delle informazioni stesse ai fini delle valutazioni e decisioni dell'amministrazione regionale. E' di tutta evidenza che l'introduzione di tale nuovo sistema di codifica andrà ad

impattare in modo significativo su ogni flusso, applicativo e servizio gestito sia a livello aziendale, che regionale che nazionale.

Sulla base degli allegati B1-B8 al decreto 7362 del 23/09/2015 sarà necessaria la ridefinizione delle strutture di livello 1 e 2 rispetto alla nuova organizzazione:

- Livello 1 (Enti): Ricodifica delle ATS e ASST:
  - ATS da 321 a 328,
  - ASST da 701 a 727,
  - IRCCS e AREU mantengono i vecchi codici;
- Livello 2 (Strutture): mantenimento delle stesse codifiche per i Presidi Ospedalieri, ricodifica dei Poliambulatori, delle Strutture di erogazione ex-ASL al fine di pervenire ad un codice unico a livello regionale.
- Revisione delle codifiche a partire dal Livello 3 uniformando il significato degli oggetti a livello di Regione Lombardia.

In attesa che, nel corso del 2016, venga gradualmente applicato il nuovo sistema di codifiche, le Aziende Sanitarie continueranno ad utilizzare sia le codifiche attuali, per la generazione dei flussi informativi, che le stesse modalità operative attuali, per la loro trasmissione anche nel caso di passaggio di strutture o funzioni tra le attuali aziende. La coerenza dei flussi trasmessi con i nuovi perimetri aziendali sarà garantita da un sistema centrale di mappatura realizzato nei primi mesi del prossimo anno da Lombardia Informatica. Per alcuni flussi, i cui tracciati non consentono di effettuare, tramite il citato sistema di mappatura, l'attribuzione di parte dei records alle nuove Aziende, come ad esempio nei flussi FLUPER, SCRIBA, Osservatorio Acquisti ed altri, dovranno essere realizzati dalle Aziende Sanitarie appositi interventi sulla base di indicazioni che saranno fornite in una fase successiva.

In particolare:

- i flussi informativi attualmente gestiti dalle ASL e riferiti a funzioni che vengono trasferite alle ASST verranno trasmessi utilizzando gli stessi applicativi attuali che, nella prima fase, saranno gestiti dalle ATS utilizzando la medesima modalità operativa attuale, le medesime codifiche ed il medesimo canale di trasmissione (SMAF o altro canale attualmente in uso);
- i flussi informativi attualmente gestiti dalle ASL e riferiti ad attività le cui funzioni confluiscono nella ATS verranno ancora trasmessi separatamente dalle rispettive ex ASL con la medesima modalità operativa ed utilizzando le stesse codifiche ed il medesimo canale di trasmissione (SMAF o altro canale attualmente in uso). Nel caso dei flussi sociosanitari gli erogatori continueranno quindi a riferirsi alle rispettive ASL ante riforma e queste ultime trasmetteranno i flussi utilizzando i medesimi canali attuali;
- nel caso in cui una struttura ospedaliera venga scorporata dalla propria Azienda Ospedaliera e venga di conseguenza assegnata ad una ASST differente da quella di provenienza, i flussi SDO, C28SAN e tutti gli altri flussi di area ospedaliera dovranno continuare ad essere trasmessi dalla Azienda che ha ceduto la struttura nella medesima modalità operativa ed utilizzando le stesse codifiche di struttura ed il medesimo canale SMAF;
- nel caso due strutture ospedaliere appartenenti ad Aziende differenti vengano unite nella stessa ASST, i flussi informativi di area ospedaliera dovranno essere inviati separatamente da ciascuna singola struttura nella medesima modalità operativa ed utilizzando le stesse codifiche di struttura ed il medesimo canale SMAF.

Servizio di prenotazione interaziendale

La rete regionale di prenotazione, già da tempo disponibile attraverso i diversi canali previsti nell'ambito del servizio Call Center Regionale, può essere utilmente impiegata nella prima fase attuativa della riforma nel caso in cui Aziende ASST, costituite attraverso fusione di ex Aziende Ospedaliere o per scorporo/acquisizione di uno o più presidi ospedalieri, volessero rendere immediatamente disponibile la propria offerta di assistenza specialistica trasversalmente ai diversi presidi confluiti.

La unificazione dei sistemi di prenotazione, accettazione e cassa, infatti, è una attività che richiede, oltre ad un significativo sforzo tecnico e sistemistico, anche una attenta e complessa analisi dell'offerta al fine di unificare le codifiche delle prestazioni, razionalizzare le agende di prenotazione e semplificare l'intero processo di accoglienza ambulatoriale che non sono compatibili con le tempistiche previste.

Per rendere disponibile tale servizio transitorio alle Aziende che rientrano nello scenario descritto, Lombardia Informatica provvederà alle configurazioni necessarie dei servizi GP e GP++ per abilitare gli operatori amministrativi di ciascuna ex azienda sanitaria ad accedere al servizio di prenotazione. Con tale abilitazione l'operatore potrà effettuare prenotazioni su tutte le Aziende Sanitarie della Regione che decideranno di esporre le proprie agende a queste tipologie di operatori. Inoltre, Lombardia Informatica pianificherà le attività di verifica funzionale e di formazione degli utenti in accordo con le Aziende coinvolte.

E' di tutta evidenza che le Aziende che usufruiranno, almeno inizialmente, di tale opportunità di utilizzo dei servizi GP e GP++ dovranno verificare la corretta e puntuale esposizione delle agende con i necessari attributi di prenotabilità.

L'utilizzo del sistema di prenotazione interaziendale offre il beneficio di offrire un servizio di immediata utilità per l'utenza, senza pregiudicare le successive e necessarie azioni di semplificazione dei sistemi di accoglienza. E' infatti previsto che, nel corso della successiva fase evolutiva dei sistemi informativi, i sistemi di accoglienza vengano uniformati su tutta l'area territoriale corrispondente con ciascuna ATS o, preferibilmente, a livello regionale.

Le Aziende che desiderano fruire di detta funzionalità dovranno formalizzare tempestivamente la richiesta a Lombardia Informatica affinché effettui le necessarie configurazioni.

Adeguamento Anagrafica Assistiti

Tutte le Aziende di nuova costituzione, a causa della cessione di funzioni, dello scorporo/acquisizione di uno o più presidi o di fusione di due ex aziende, disporranno di un patrimonio di soluzioni applicative significativamente cambiato rispetto allo scenario attuale. Analogamente, ciascuna applicazione proveniente da una ex-azienda disporrà di una Anagrafica Assistiti riferita al dominio territoriale di provenienza e che implementa gli scenari applicativi relativi al proprio specifico contesto (Azienda Sanitaria Locale – Azienda Ospedaliera).

Tale situazione è inevitabile stante i mutati perimetri dei territori di competenza delle nuove aziende e determina uno scenario che dovrà essere gestito nella fase di avvio prima di pianificare le azioni necessarie alla unificazione dei dati e dei relativi scenari applicativi.

A titolo esemplificativo si riporta il seguente caso:

- I nuovi Enti ASST acquisiscono funzioni dalle ex ASL del proprio territorio e, in alcuni casi, acquisiscono un presidio ospedaliero per scorporo (ad esempio l'ASST di Monza che acquisisce le funzioni dalla ex-Asl di Monza e acquisisce per scorporo il presidio ospedaliero di Desio) o per fusione (ad esempio l'ASST FBF/Sacco):
- In tale situazione la nuova ASST di Monza utilizza servizi applicativi che fanno riferimento rispettivamente alla Anagrafe Assistiti della ex Azienda Ospedaliera di Monza, della ex Azienda Sanitaria di Monza e della ex Azienda Ospedaliera di Desio Vimercate. Analogamente la nuova ASST FBF/Sacco utilizza servizi applicativi che fanno riferimento rispettivamente alla Anagrafe Assistiti della ex Azienda Ospedaliera FBF e Azienda Ospedaliera Sacco oltre alla ex Azienda Sanitaria di Milano Città.

Tale situazione si verifica in tutte le nuove Aziende afferenti alla stessa area territoriale riferita a ciascuna ATS. Inizialmente non potrà essere effettuato alcun intervento di unificazione dei dati e degli scenari che saranno invece pianificati per la fase evolutiva immediatamente successiva prevista per il 2016.

Le Aziende Sanitarie, nel corso del 2016, predisporranno un piano attuativo con il supporto specialistico di Lombardia Informatica per gli aspetti tecnologici e implementativi per giungere alla costituzione di Anagrafi Aziendali coerenti con il nuovo assetto organizzativo determinato dalla evoluzione al SSL e volte alla progressiva realizzazione di una Anagrafe Assistiti Unica a livello i interaziendale o, preferibilmente, a livello regionale. Tale attività è ritenuta indispensabile e propedeutica per una eventuale successiva centralizzazione dei dati anagrafici di tutti gli assistiti lombardi e per l'implementazione di tutti gli scenari applicativi a livello regionale.

A tale proposito Lombardia Informatica supporterà tutte le Aziende di nuova costituzione nella pianificazione delle azioni necessarie per la corretta unificazione delle diverse Anagrafi Assistiti a livello interaziendale o, preferibilmente, a livello regionale.
Si evidenzia inoltre che i piani di adeguamento delle Anagrafi Assistiti dovranno tenere in considerazione ed essere coerenti con il programma di rinnovamento della Piattaforma Regionale di Integrazione.

Gestione dei ruoli operatori SISS

Gli operatori sociosanitari che attualmente usufruiscono dei servizi applicativi ed informativi resi disponibili nell'ambito del sistema regionale SISS con i diversi ruoli professionali previsti, continueranno ad usufruire del medesimi servizi nelle medesime modalità operative anche in seguito alla costituzione delle nuove Aziende.

L'assegnazione degli operatori alle Aziende di appartenenza nella fase transitoria, infatti, non subirà alcuna variazione rispetto alla attuale situazione con particolare riferimento alla codifica della Azienda assegnata, al ruolo applicativo ed al dominio di visibilità.

Nel corso del 2016 tutti gli operatori sociosanitari saranno gradualmente assegnati alle nuove Aziende con i rispettivi ruoli professionali e verranno assegnati i nuovi criteri di accesso e di visibilità che necessariamente, sulla base del nuovo modello organizzativo derivante dalla riforma, dovranno essere rivisti ed estesi per garantire una maggiore integrazione dei servizi sociosanitari ed un dominio di accesso corrispondente con l'area territoriale di ciascuna ATS.

Lombardia Informatica predisporrà un piano attuativo nell'ambito del quale tutte le Aziende saranno chiamate alla progressiva riconfigurazione degli operatori SISS nel corso del 2016.

Di seguito vengono descritti i primi interventi la cui attuazione, seppur nell'ambito di uno scenario generale, viene posta in carico alle singole Aziende Sanitarie:

Sistema di Gestione delle Risorse Umane

Tutte le Aziende di nuova costituzione prenderanno in carico dal punto di vista giuridico, economico, previdenziale e della rilevazione presenze il personale assegnato ed individuato nei relativi decreti costitutivi. Per garantire la corretta gestione del personale è necessario condividere un modello tecnico-organizzativo che garantisca quanto segue:

- piena operatività degli uffici preposti alla gestione delle risorse umane mantenendo i medesimi livelli di servizio funzionale ed informativo attualmente in essere;
- continuità e mantenimento dei medesimi trattamenti economici e giuridici in godimento al dicembre 2015 per tutto il personale dipendente;
- mantenimento del medesimo livello di servizio attualmente in essere a tutto il personale dipendente sia dal punto di vista funzionale che informativo;
- consentire alle direzioni strategiche dei nuovi Enti di programmare azioni finalizzate ad uniformare il sistema di gestione delle risorse umane su tutto il territorio della ATS di appartenenza o a livello regionale.

E' di tutta evidenza che per garantire l'applicazione dei principi generali sopra riportati, è necessario, in una prima fase attuativa e transitoria, che venga implementato in tutte le realtà aziendali un modello di gestione delle risorse umane di tipo "distribuito".

I diversi sistemi di gestione delle risorse umane che saranno disponibili nelle Aziende di nuova costituzione, in seguito alla aggregazione di due o più aziende sanitarie, vengono tutti temporaneamente mantenuti attivi ed utilizzati per la gestione del personale dipendente per l'anno 2016.

Il personale assegnato all'Ente di nuova costituzione viene gestito con il sistema informatico in uso nella ex-azienda sanitaria di provenienza.

Tutti i sistemi di gestione delle risorse umane disponibili nell'ambito della nuova azienda devono essere, pertanto, configurati dal punto di vista informatico per poter registrare i soggetti giuridici di nuova costituzione e per poter continuare a gestire le rispettive quote di personale assegnato ai nuovi Enti.

Ciascuno dei diversi sistemi di gestione delle risorse umane in uso deve garantire la completa gestione economica, giuridica e la rilevazione delle presenze per l'anno 2016 delle risorse umane precedentemente gestite nell'ambito della rispettiva azienda di provenienza.

Dall'applicazione dello scenario di gestione delle risorse umane di tipo "distribuito" deriva la seguente casistica:

1) **Fusione di Aziende Sanitarie - tipologia 4) e 3) del DGS 7362/2015**

- fusione di Asl in ATS (fatto salvo che in ogni caso parte delle Asl confluiscono anche in ASST):
  1 ASL diventa 1 ATS ad esempio Asl di Bergamo diventa ATS di Bergamo oppure due o più ASL diventano 1 unica ATS ad esempio Asl di Lecco e Asl di Monza diventano ATS della Brianza;

- fusione di aziende in ASST (fatto salvo che in ogni caso la ASST riceve anche parte della Asl):
  2 AO si fondono in 1 ASST ad esempio AO San Paolo e AO San Carlo che diventano ASST Santi Paolo e Carlo;

A partire dal mese di gennaio 2016 l'elaborazione dei dati economici che confluiranno nelle buste paga avviene separatamente attraverso l'utilizzo del sistema informatico in uso nelle ex-aziende sanitarie di provenienza.

L'Ufficio del personale della sede legale del nuovo ente assume il compito di aggregare tutti i dati provenienti dai due o più sistemi informativi delle ex aziende al fine di generare un unico flusso contabile, informativo, previdenziale mensile (emens) e fiscale mensile (f24) riconducibile in capo alla nuova partita IVA/codice fiscale del nuovo soggetto. A tal fine concorderà preventivamente con gli uffici personale delle ex-aziende i tracciati che dovranno produrre per la successiva unificazione del dato compatibilmente con le convenzioni in essere con le banche tesoriere al fine di garantire la continuità dei pagamenti stipendiali.

Conseguentemente le buste paga a partire dal mese di gennaio 2016 di tutto il personale assegnato al neo costituito ente vengono prodotte dai diversi sistemi di gestione delle risorse umane con i quali venivano già gestiti nelle ex aziende sanitarie pur riportando tutti la denominazione delle nuova aziende.

Tale soluzione è da intendersi transitoria e pertanto i nuovi enti dovranno consolidare entro il 31 dicembre 2016 un modello di gestione unitario a livello interaziendale anche tenendo conto dell'iniziativa regionale di aggregazione del servizio di Gestione Risorse Umane avviata nel corso del 2015.

2) Cessione di strutture e di funzioni tipologia 2) e 1) del DGS 7362/2015

- acquisizione da parte di ASST di funzioni e di strutture territoriali da parte delle ASL (si verifica sempre);
- acquisizione/cessione da parte di aziende ospedaliere di strutture (ad esempio la ASST della Valle Olona costituita dalla fusione delle AAOO di Busto Arsizio e Gallarate, cede il PO di Tradate alla ASST dei Sette Laghi).

In questo caso il trattamento stipendiale e la rilevazione presenze del personale ceduto continua ad essere garantito dalla ex azienda di provenienza. Tale attività si configura come una mera attività amministrativa che comporta esclusivamente l'elaborazione e trasmissione dei dati stipendiali, mentre resta in capo al nuovo Ente, che acquisisce l'intera gestione del rapporto di lavoro, la responsabilità ed il controllo dei dati trasmessi.

Le soluzione di cui sopra non dovranno comportare l'addebito di costi aggiuntivi tra le aziende interessate.

Tale soluzione è da intendersi transitoria e pertanto i nuovi Enti dovranno consolidare, entro il 31 dicembre 2016, un modello di gestione unitario in ottica interaziendale anche tenendo conto dell'iniziativa regionale di aggregazione del servizio di Gestione Risorse Umane avviata nel corso del 2015.

In generale, per tutte le casistiche delineate si conferma che i sistemi di gestione delle risorse umane utilizzati fino al 31 dicembre 2015 produrranno nel corso del 2016 i CUD 2015 e tutte le denunce relative al 2015.

Le strutture dei Sistemi Informativi delle attuali Aziende dovranno pertanto attivarsi nel più breve tempo possibile con i propri fornitori di soluzioni applicative affinché sia possibile pianificare e implementare tutte le azioni tecniche necessarie alla realizzazione dello scenario delineato entro la fine dell'anno corrente.

Analogamente le Strutture dei Sistemi Informativi dovranno assicurare la tempestiva e puntuale elaborazione dei tracciati necessari a garantire la periodica aggregazione dei dati da parte dell'Ufficio di gestione delle risorse umane della sede legale del nuovo Ente per tutto il 2016 (flussi INPS, fiscali, ecc.).

Dovrà essere inoltre adeguato il servizio PAME per la gestione dei trattamenti degli operatori della medicina primaria. Nella fase 1 verrà adeguata l'emissione del cedolino con le indicazione del nuovo ente giuridico (ATS). Tutti i flussi verso l'esterno (ENPAM, Banche,ecc..) dovranno rimanere invariati.

In tutti i contesti dovranno essere adeguati i format documentali adeguandoli alle nuove denominazioni aziendali. Inoltre dovranno essere definite/aggiornate le modalità di integrazione con le Banche Tesoriere in coerenza con quanto sarà definito dai competenti uffici regionali.

Sistema di Gestione Logistico Contabile

Le indicazioni relative ai Sistemi di Gestione Logistico Contabile verranno fornite in una fase successiva.

Sistemi applicativi di area territoriale (ex-Aziende Sanitarie Locali)

L'indicazione emersa e generalmente condivisa nell'ambito degli incontri tecnici effettuati con tutte le Aziende Sanitarie afferenti alla medesima area territoriale di ciascuna ATS prevede che tutti i servizi applicativi attualmente disponibili e gestiti dalle attuali Aziende Sanitarie Locali vengano mantenuti attivi, temporaneamente, nell'attesa delle azioni di omogeneizzazione delle fasi 2 e 3, nelle stesse modalità tecniche e con lo stesso livello di servizio attualmente in essere nei confronti degli operatori sociosanitari e degli utenti. Tale indicazione viene ovviamente applicata anche nel caso in cui i servizi applicativi si riferiscano a funzioni che le ASL cederanno per effetto della Legge Regionale ai nuovi Enti ASST.

Gli operatori sociosanitari che avranno la necessità di svolgere la propria attività professionale attraverso l'accesso a tali sistemi applicativi, sia nel caso in cui abbiano mantenuto le medesime funzioni sia nel caso in cui abbiano acquisito nuove funzioni, potranno accedere agli applicativi di loro interesse attraverso i servizi di connettività informatica implementati su tutta l'area territoriale.

Nel caso in cui sul territorio della nuova ATS siano confluite due o più ex ASL, in una prima fase transitoria, verranno mantenuti e resi disponibili tutti i servizi applicativi già esistenti con successiva e progressiva unificazione del corso del 2016. Di seguito vengono descritti alcuni esempi dello scenario descritto:

1) **Cessione di funzioni per la gestione di attività erogative - tipologia 2) del DGS 7362/2015**

In seguito alla cessione di funzioni erogate da ciascuna ASL alle ASST del territorio gli operatori incaricati della gestione ed erogazione del servizio, siano essi assegnati alla ATS ovvero ad una delle ASST, potranno accedere allo stesso servizio applicativo di loro competenza, ciascuno per il proprio ruolo. Il servizio applicativo viene reso disponibile dalla ATS nella stessa modalità operativa e funzionale precedentemente in uso presso la ex-ASL.

Il sistema di gestione applicativa dovrà poter essere abilitato per consentire la gestione di ciascuna specifica fase del processo dagli operatori, ancorché confluiti in ASST differenti.

2) **Fusione di due o più ASL in ATS – tipologia 4) del DGS 7362/2015**

Dalla fusione di 2 o più Asl in una stessa ATS (ad esempio Asl di Lecco e Asl di Monza diventano ATS della Brianza - Asl Milano Città, Asl Mi1, Asl Mi2, Asl Lodi confluiscono nella ATS Città Metropolitana di Milano) deriva la disponibilità di due o più soluzioni applicative per la gestione del medesimo servizio caratterizzate dagli stessi scenari funzionali ancorché attestate su anagrafiche degli assistiti coerenti con le diverse aree territoriali delle attuali Asl.

In tale caso gli applicativi esistenti devono essere mantenuti attivi e funzionanti per garantire la piena continuità di servizio degli utenti a prescindere dalla loro assegnazione agli Enti di nuova costituzione.

Nel corso del 2016, le AS dovranno avviare le attività per uniformare le soluzioni applicative adottate perseguendo soluzioni secondo principi di omogeneizzazione e aggregazione a livello interaziendale.

Le strutture dei Sistemi Informativi, pertanto, dovranno continuare a rendere disponibili i diversi sistemi applicativi esistenti, garantire il loro corretto e continuo funzionamento su tutto il territorio e provvedere alle configurazioni necessarie per consentire l'accesso ai sistemi da parte di tutti gli operatori sociosanitari che ne avranno la necessità per lo svolgimento delle funzioni loro assegnate.

I Sistemi Informativi dovranno, inoltre, avviare la pianificazione delle attività necessarie per la unificazione delle diverse anagrafi assistiti confluite nella stessa azienda .

Sistemi applicativi di area ospedaliera (ex-Aziende Ospedaliere)

L'indicazione emersa e generalmente condivisa nell'ambito degli incontri tecnici effettuati con tutte le Aziende Sanitarie afferenti alla medesima area territoriale di ciascuna ATS prevede che tutti i servizi applicativi attualmente disponibili e gestiti dalle attuali Aziende Ospedaliere vengano inizialmente mantenuti attivi nelle stesse modalità tecniche e con lo stesso livello di servizio attualmente in essere nei confronti degli operatori sociosanitari e degli utenti. Tale indicazione si riferisce, ovviamente, ai casi di unione o di scorporo/acquisizione di Presidi Ospedalieri nell'ambito della costituzione delle nuove Aziende ASST per effetto della Legge Regionale.

Nel caso in cui alcune strutture ospedaliere o territoriali passino da una Azienda Ospedaliera ad una ASST diversa da quella di provenienza per effetto di scorporo/acquisizione, la gestione delle applicazioni di area sanitaria verrà inizialmente mantenuta in carico dalla Azienda di provenienza che garantirà la piena continuità di servizio ed il normale supporto operativo agli utenti.

Salvo casi particolari, da valutare nell'ambito dei collegi di ciascuna ATS, la unificazione e razionalizzazione delle soluzioni applicative di area ospedaliera viene pianificata a partire dall'inizio del prossimo anno.

Tale scenario prevede, pertanto, che in via transitoria le nuove ASST possano disporre di sistemi applicativi duplicati per lo svolgimento delle medesime funzionalità (CUP, LIS, RIS, PS, AC, Repository, etc..). Tale situazione è inizialmente inevitabile per assicurare la piena e totale continuità di servizio per gli operatori sanitari, che continueranno ad utilizzare gli stessi sistemi, e per gli utenti che continueranno ad usufruire dei medesimi servizi (Prenotazioni CUP e CCR, ritiro referti, etc).

Si evidenzia inoltre che in fase 2 occorrerà sincronizzare le varie iniziative relative ai sistemi applicativi dell'area ospedaliera con i programmi in corso per la ricetta elettronica dematerializzata e per la migrazione al nuovo servizio regionale di prenotazione GP++ oltre che con la diffusione della nuova Codifica Unica Regionale degli Enti e Strutture.

Servizio di prenotazione

Nel caso le nuove Aziende ASST volessero già condividere sin dall'avvio della riforma i servizi di prenotazione trasversalmente alle strutture ospedaliere e ambulatoriali che sono confluite nella nuova ASST per effetto di fusione o scorporo/acquisizione, sarà possibile sin dal primo giorno di avvio della riforma utilizzare i servizi di prenotazione regionale attraverso l'impiego delle interfacce GP e GP++, previa verifica della pubblicazione delle relative agende, configurazione delle abilitazioni degli operatori al servizio di prenotazione e formazione agli operatori alla interfaccia del sistema. A tale proposito, Lombardia Informatica predispone un piano di attivazione del servizio di prenotazione interaziendale per le Aziende che ne hanno la necessità e ne fanno esplicita richiesta. Tale possibilità rappresenta una soluzione transitoria che può facilitare la graduale integrazione e razionalizzazione dei servizi e dei sistemi applicativi e che non pregiudica la futura opportunità di razionalizzazione dei sistemi di accoglienza a livello interaziendale o, preferibilmente, a livello regionale.

E' di tutta evidenza che l'impiego del servizio di prenotazione regionale nell'ambito delle nuove aziende si configura come servizio, che abilita anche gli operatori delle Aziende Sanitarie a fissare appuntamenti su qualsiasi Azienda del SSL, in aggiunta ai diversi canali di prenotazione già esistenti in ambito del Call Center Regionale e, come tale, implementa i medesimi scenari applicativi; pertanto:

- in assenza di diverse soluzioni tecnico organizzative sviluppate localmente in ciascuna singola azienda, le prenotazioni effettuate e confermate con il sistema GP o GP++ presso un presidio e riferite ad un diverso presidio confluito nella medesima azienda, richiedono necessariamente il pagamento dell'eventuale quota di partecipazione alla spesa "ticket" direttamente presso il presidio di destinazione o, in alternativa, attraverso i canali CRS-Mall;
- una Azienda che espone le proprie agende agli Operatori delle Aziende Sanitarie consente a qualsiasi operatore delle Aziende Sanitarie, abilitatoalle funzioni GP o GP++, ad effettuare prenotazioni sulle proprie agende.

Gestione delle Prescrizioni

Il fenomeno dello scorporo/acquisizione di uno o più presidi delle ex Aziende Ospedaliere per la costituzione dei nuovi Enti ASST genera inevitabilmente delle situazioni anomale relativamente alla erogazione interaziendale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale presenti sulla stessa prescrizione. Soprattutto nella fase transitoria che prevede di mantenere tutti i sistemi di

prenotazione attualmente presenti nelle aziende di nuova costituzione, è possibile che una stessa prescrizione possa generare prenotazioni per le diverse prestazioni prescritte presso servizi sanitari che, in seguito alla costituzione delle nuove ASST, fanno parte di soggetti giuridici differenti. A titolo esemplificativo si segnala il caso di una prescrizione con due o più prestazioni che viene gestita dall'Ospedale di Desio (confluito nella nuova ASST di Monza) con un unico sistema applicativo e genera una prenotazione per il medesimo presidio di Desio e una prenotazione per il presidio ospedaliero di Seregno che resta assegnato alla ASST di Vimercate).

Tale situazione richiede il ripensamento generale dei flussi informativi regionali soprattutto nel caso inevitabile di attività sociosanitarie erogate in modalità interaziendale per il quale saranno successivamente fornite indicazioni specifiche da parte di Regione Lombardia

Repository dei referti

I referti e la documentazione sanitaria prodotta in ciascuna struttura ospedaliera confluita nella medesima ASST verrà gestita con gli attuali sistemi applicativi e verrà indirizzata ed archiviata sui rispettivi Repository dei referti attualmente disponibili in ciascuna delle attuali Aziende. E' tuttavia necessario che, sin dall'avvio della riforma, le Strutture dei Sistemi Informativi provvedano al graduale aggiornamento delle intestazioni aziendali su tutta la documentazione prodotta. In generale l'aggiornamento della documentazione alle nuove denominazioni/ragioni sociali delle nascenti Aziende Sanitarie dovrà essere effettuato su tutta documentazione che riveste rilevanza normativo regolamentare, amministrativo contabile e medico legale.

Le notifiche dei documenti prodotti alla rete regionale SISS continuano ad avvenire nelle medesime modalità attualmente in essere utilizzando le medesime codifiche. L'accesso alla documentazione clinica archiviata sui diversi Repository presenti nelle nuove Aziende ASST verrà garantito dall'infrastruttura del sistema regionale SISS nella attuale modalità.

Gli scenari di unificazione e razionalizzazione dei diversi sistemi ospedalieri esistenti nelle nuove ASST, con particolare riferimento alla razionalizzazione/omogeneizzazione dei Repository dei referti, verranno implementati nelle fasi attuative successive.

Conservazione Digitale dei documenti

La conservazione dei documenti clinici prodotti da una Azienda sanitaria deve sempre essere mantenuta in carico alla Azienda stessa. Questo vale anche nel caso in cui i documenti clinici originali siano stati prodotti in formato digitale.

Nel caso in cui, ancorché nella fase transitoria, i documenti clinici e referti di una azienda vengano prodotti ed archiviati con un servizio applicativo messo a disposizione da diversa azienda per effetto di scorporo di un presidio o per fusione, è necessario che i documenti vengano sottoposti a conservazione digitale a norma di legge dall'azienda che gestisce i servizi applicativi che li ha originati secondo le stesse procedure tecniche organizzative già in essere per tutta l'altra documentazione.

Tale scenario garantisce il corretto svolgimento del processo di conservazione digitale in modalità automatica e sicura e nel rispetto delle regole di processo definite dal manuale di conservazione. Tuttavia, per dare piena validità giuridica a tale scenario, è necessario che l'Azienda che usufruisce del servizio di conservazione digitale, pur mantenendo la piena responsabilità giuridica ed assumendo il ruolo di responsabile della conservazione, formalizzi un incarico di gestione operativa

all'azienda che offre e svolge operativamente il servizio nella stessa modalità di affidamento a fornitore esterno.

Analogamente a quanto si verifica nel caso di affidamento della conservazione digitale ad un fornitore esterno, la azienda che ha la responsabilità della conservazione richiede periodicamente dei report informativi che documentino il corretto funzionamento del servizio e pianifica dei controlli periodici per validare la correttezza del processo di archiviazione.

Le strutture dei Sistemi Informativi che afferiscono ad una ASST coinvolta nel processo di scorporo/acquisizione o fusione sono chiamate a verificare l'esistenza di un sistema di conservazione digitale a norma e a sovraintendere al percorso di attivazione dello scenario sopra delineato.

Si precisa che le evoluzioni ai sistemi di conservazione a norma dovranno armonizzarsi al servizio regionale in corso di definizione.

Protocollo Informatico

A far data dalla loro attivazione le nuove aziende originate dall'aggregazione di Aziende Sanitarie Locali e/o Aziende Ospedaliere dovranno gestire in maniera coordinata i rispettivi sistemi di protocollo per poter garantire l'identificazione e la tracciabilità del singolo documento in ingresso e/o uscita. La gestione corretta del flusso documentale in entrata e in uscita rappresenta infatti un aspetto cruciale per la regolare gestione delle attività proprie dell'azienda, per la tracciabilità, assegnazione, classificazione e conservazione ed opponibilità dei documenti ai terzi. Pertanto è necessario che le aziende procedano quanto prima ad unificare i sistemi di protocollo e di gestione documentale seguendo il criterio di utilizzare in tutta l'azienda il sistema più diffuso e più performante tra quelli già disponibili.

Solo nel caso in cui non sia possibile adottare nell'immediato un unico sistema di protocollazione con unico registro, sarà possibile in via transitoria, porre in essere le seguenti azioni:

- Registrazione di "Aree Organizzative Omogenee" sul sito IPA in misura pari alle aziende che vanno a costituire le nuove ATS o ASST. Lo scopo è consentire una numerazione separata alle singole aree organizzative omogenee, il cui perimetro coincide con quello delle originarie ASL, AO, fintanto che non venga adottato un unico sistema di protocollo;
- Configurazione di ambienti specifici e separati logicamente o fisicamente per ciascuna "Area Organizzativa Omogenea" per la gestione del processo di protocollazione in modalità autonoma con una numerazione coerente su tutta la nuova Azienda, fintanto che non venga adottato un unico sistema di protocollo;
- Realizzazione di "nodi di scambio" che consentano alle aree organizzative omogenee di trasmettersi documenti quando necessario: errate consegne, copie per conoscenza, etc.. Il trasferimento di documenti tra le diverse "aree organizzative omogenee" facilità l'implementazione di un sistema formale di passaggio di documenti anche a livello interaziendale. Lo "scambio" può essere realizzato, preferibilmente, tramite un servizio di trasferimento "ftp" (o altro sistema analogo per sicurezza, affidabilità e tracciabilità), configurato in modo da avere evidenza dell'avvenuto trasferimento. L'uso di un servizio di trasferimento ftp, anziché della PEC, è da preferire in quanto l'utilizzo della PEC potrebbe essere, in taluni casi, pregiudicato quando la dimensione del documento da trasmettere non sia compatibile con i limiti previsti dal provider.

E' pertanto necessario che le Strutture dei Sistemi Informativi si attivino per far sì che la nuova azienda adotti quanto prima un unico sistema di protocollazione e, in via transitoria, verifichino la possibilità di creare ambienti specifici di protocollazione elettronica, separati logicamente o fisicamente per ciascuna "Area Organizzativa Omogenea", e per la configurazione dei "nodi di scambio" necessari nella propria organizzazione sulla base delle fusioni, cessioni/acquisizione di strutture o funzioni.

Servizi di comunicazione

Tutte le Aziende Sanitarie gestiscono attualmente in modalità autonoma o attraverso uno specifico fornitore i propri siti WEB istituzionali e ne governano pienamente i contenuti informativi recependo, tra gli altri aspetti, esigenze di tipo normativo regionale o nazionale. Con l'avvio della riforma sarà certamente necessario provvedere all'aggiornamento dei siti istituzionali aziendali per recepire la nascita dei nuovi soggetti giuridici, per fornire le informazioni necessarie ed indispensabili relativamente ai nuovi assetti organizzativi definiti e dare evidenza ad ogni altro aspetto utile per gli operatori, i fornitori e l'utenza.

In attesa che vengano fornite indicazioni specifiche sulle modalità con le quali sarà necessario provvedere all'aggiornamento dei siti istituzionali di ciascuna Azienda, le strutture dei Sistemi Informativi devono verificare, con il supporto eventuale dei propri fornitori, la fattibilità tecnica ed organizzative degli interventi per la implementazione degli scenari da definire. A tale scopo provvedono a predisporre ogni attività ritenuta necessaria e propedeutica per supportare al meglio le variazioni che presumibilmente dovranno essere implementate.

Service Provider

Ad oggi presso ogni azienda sanitaria è presente uno di queste tre modelli di gestione del servizio di fleet management erogato da un service provider:

- Service Provider Fleet Management Regionale
- Service Provider selezionato da Azienda Sanitaria
- Service Provider interno

In base alla riorganizzazione delle aziende sanitarie, si potranno venire a creare differenti scenari per quanto riguarda il servizio di fleet management offerto dai service provider alle aziende sanitarie stesse.

<u>Service Provider fleet management regionale</u>

Se la nuova azienda trae origine da aziende o parti di azienda che hanno lo stesso service provider, la nuova azienda manterrà il service provider già presente.
Ad esempio la nuova ASST SPEDALI CIVILI di Brescia, che è formata dall'AO Spedali Civili di Brescia e dai Distretti BS est, BS ovest, Valtrompia dell'ASL di Brescia, manterrà il Service Provider che già operano presso tali strutture.

Se la nuova azienda trae origine da aziende o parti di azienda che hanno invece differenti service provider, la nuova azienda continuerà a fare riferimento ai Service Provider che erogavano il servizio in precedenza, secondo un criterio di territorialità.
In ogni caso, qualsiasi sia la soluzione che sarà adottata dovranno essere rivisti i contratti tra AS, SP, LI in base al nuovo perimetro di attività che si verrà a creare con le nuove aziende sanitarie.

Ad esempio la nuova ASST VALTELLINA e ALTO LARIO, che è formata da strutture sanitarie attualmente gestite da Service Provider differenti, prenderà in carico entrambi i Service Provider che già operano presso tali strutture.

Service Provider non fleet

Se la nuova azienda trae origine da aziende o parti di azienda che hanno invece differenti service provider, la nuova azienda deciderà a chi affidare il servizio, possibilmente in continuità con il service provider già presente nella struttura sanitaria prevalente, fatta salva la percorribilità contrattuale. Nel caso non fosse possibile unificare il servizio su un unico Service Provider la nuova azienda continuerà a fare riferimento ai Service Provider che erogavano il servizio in precedenza, secondo un criterio di territorialità.
Ad esempio la nuova ASST BERGAMO OVEST, che è formata dalla AO di Treviglio e da alcuni distretti dell'ASL di Bergamo, potrà prendere in carico le PDL dell'ASL di Bergamo ed assegnarle in gestione al service provider che opera presso l'AO di Treviglio .

Service Provider Interno

Se la nuova azienda trae origine da aziende o parti di azienda che hanno servizi interni di service provider, la nuova azienda deciderà come organizzare il nuovo servizio.
Ad esempio la nuova ATS VAL PADANA, formata da strutture sanitarie attualmente gestite da Service Provider interni, deve decidere come organizzare il servizio.

3. Sviluppo dei piani evolutivi per la Fase2 e Fase3

Al termine della prima Fase attuativa, i cui interventi tecnici sono unicamente finalizzati ad assicurare la continuità di servizio per gli operatori sociosanitari e per gli utenti, verranno avviate le fasi evolutive successive per le quali è prevista la progressiva razionalizzazione/omogeneizzazione e semplificazione di tutti i sistemi informativi delle singole Aziende a livello interaziendale o preferibilmente a livello regionale in armonia con le evoluzioni al sistema informativo socio sanitario regionale (SISS).

Di seguito vengono definiti gli ambiti di applicazione prioritaria per ciascuna fase evolutiva e le relative tempistiche:

Fase 2: uniformità dell'infrastruttura tecnologica, dei sistemi amministrativi e di accoglienza

Gli interventi prioritari da prevedere nella Fase 2 del processo evolutivo dei Sistemi Informativi di ciascuna Azienda si riferiscono alla razionalizzazione e semplificazione dei seguenti aspetti:

- infrastruttura di comunicazione:
  implementazione di una infrastruttura di comunicazione interaziendale o, preferibilmente, a livello regionale (connettività geografica, telefonia VOIP, posta elettronica, servizi Intranet/Internet, Data Center).

- sistemi informativi di area amministrativa:
  razionalizzazione e semplificazione di tutti i sistemi informativi di area amministrativa disponibili nelle Aziende perseguendo principi di aggregazione interaziendale o, preferibilmente, a livello regionale (sistema di gestione delle risorse umane, sistema di gestione logistico contabile, protocollo informatico e sistema per la gestione documentale).

- sistemi di accoglienza:
  avvio della razionalizzazione e semplificazione dei diversi sistemi di accoglienza degli utenti ambulatoriali disponibili nelle Aziende perseguendo principi di aggregazione interaziendale o, preferibilmente, a livello regionale (sistema di prenotazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di accettazione amministrativa e incasso ticket, sistema di accoglienza presso le strutture ambulatoriali, sistema di consegna dei referti e della documentazione sanitaria, sistemi di pagamento online) sincronizzandosi con le evoluzioni al sistema informativo socio sanitario regionale (SISS).

Si prevede in questa Fase anche l'avvio della progettazione relativa alle componenti applicative, preferibilmente uniche a livello regionale, rivolte alle ATS per l'espletamento delle funzioni di programmazione sanitaria loro affidate dalla L.R. n.23 del 11 agosto 2015.

Gli interventi previsti per la Fase 2 di evoluzione e semplificazione dei Sistemi Informativi aziendali devono essere realizzati nel corso del 2016 e devono essere previsti nell'ambito del piano di interventi da predisporre entro il 31 gennaio 2016.

Fase 3: razionalizzazione e semplificazione dei sistemi informativi di area sociosanitaria

Gli interventi da prevedere nella Fase 3 del processo evolutivo dei Sistemi Informativi la cui realizzazione richiede una pianificazione di durata maggiore si riferiscono alle seguenti macro aree:

- razionalizzazione delle aree applicative specialistiche
  razionalizzazione e semplificazione di tutti i sistemi applicativi riferiti all'area socio sanitaria sia di ambito ospedaliero che in ambito territoriale (Anagrafe Assistiti Unica con integrazione dei diversi scenari, sistemi di gestione di copertura Vaccinale, di programmazione degli Screening e altri servizi di ambito territoriale, sistemi di gestione di Laboratorio Analisi, Anatomia Patologica e altri servizi di ambito ospedaliero)

- diffusione delle Cartelle Cliniche Elettroniche (di ricovero ed ambulatoriali)
  progressiva e continua diffusione dei sistemi di Cartella Clinica Elettronica in tutte le strutture sia in ambito ospedaliero che territoriale con particolare riferimento al processo di ricovero ospedaliero e di gestione specialistica ambulatoriale.

Rientrano in questa fase le attività di rivisitazione dei processi e dei corrispondenti sistemi applicativi a supporto dell'integrazione tra il livello assistenziale ospedaliero e territoriale, tra l'ambito sanitario, socio-sanitario e sociale e dei processi di presa in carico, che nel loro complesso costituiscono i capisaldi della L.R. n.23 del 11 agosto 2015.

Gli interventi previsti per la Fase 3 di evoluzione e semplificazione dei Sistemi Informativi aziendali devono essere realizzati nel corso del biennio 2017-2018 e devono essere previsti nell'ambito del piano di interventi da predisporre entro il 30 giugno 2016.

Metodologia di riferimento per l'omogeneizzazione/uniformazione dei SI Aziendali

Le fasi attuative sopra esposte dovranno essere svolte in coerenza ai principi di omogeneizzazione/uniformazione dei sistemi informativi perseguendo l'individuazione di soluzioni aggregabili, preferibilmente a livello regionale, sia in risposta alle esigenze evolutive delle AS sia

per dare attuazione alle evoluzioni organizzative e di processo indotte dalla evoluzione di cui alla L.R. 23 del 11 agosto 2015.

A tali fini, anche con riferimento agli interventi sopra identificati, si prevede la prosecuzione della modalità di lavoro già avviata la quale prevede l'istituzione di appositi gruppi di lavoro, cui partecipano le AS e RL/LI. Nel caso specifico, si prevede sia la prosecuzione dei gruppi di lavoro già attivi (es. Conservazione a norma, Gestione Risorse Umane), sia l'avvio di ulteriori gruppi di lavoro per le tematiche che saranno identificate nel corso della presente Fase (es. CUP e servizi di accoglienza, sistemi contabili, ecc).

Disciplina di regolamentazione delle responsabilità tra Aziende Sanitarie

Le diverse Fasi sopra descritte con le quali si sviluppano gli interventi di evoluzione dei Sistemi Informativi Aziendali, prevedono la condivisione di responsabilità tra le Aziende Sanitarie, quantomeno nella più immediata applicazione delle disposizioni previste dalla L.R. n.23 del 11 agosto 2015. A titolo di esempio si evidenzia la gestione dei vari flussi di rendicontazione (in particolare quando una AS predispone e invia parte di flussi di rendicontazione afferenti ad un'altra AS), oppure l'esercizio di applicazioni da parte di una ATS, per articolazioni organizzative inglobate in una ASST, ecc..

Per disciplinare i rapporti insiti nella gestione condivisa di cui sopra dovranno essere stipulate delle apposite convenzioni atte a regolare le responsabilità condivise tra le Aziende Sanitarie.

Gestione rilascio esenzioni per patologia, invalidità , reddito
La procedura attuale prevede che l'ufficio scelta/revoca della ASL di appartenenza del cittadino (ove il cittadino ha domicilio sanitario) ha l'onere di registrare le esenzioni (e registrare la scelta del medico)**.**

Al fine di garantire la continuità di tale attività, mantenendo a carico delle ATS di appartenenza del cittadino, basata sul domicilio sanitario, la responsabilità dei controlli, poiché la legge 23/2015 ha previsto che le attività di registrazione delle esenzioni (patologia, invalidità, reddito, ecc.) siano in carico alle ASST , in questa prima fase si dispone che gli operatori della ASST (ex ufficio di scelta e revoca delle ASL) continuino ad accedere e quindi registrare i dati degli assistiti secondo la attuale divisione per ASL/ATS.
In fase successiva, **con tempistiche che saranno successivamente indicate**, DGW si attiverà, con gli operatori interessati e con LISPA affinchè gli stessi operatori possano registrare le esenzioni per conto dell'intero territorio lombardo , al fine di consentire ai cittadini una libera circolazione sul territorio.
.

Impatti per la gestione del 1° gennaio 2016

1. Stampa del tesserino cartaceo per esenzioni di patologia/invalidità: il tesserino cartaceo stampato per esenzioni di Patologia o di Invalidità riporterà la descrizione della ATS di appartenenza del cittadino. (Per i cittadini della ASL di Como si prevede di differenziare la descrizione della ATS Insubria/Montagna in funzione del comune di domicilio del cittadino).
2. **Il Certificato di esenzione per Reddito** rilasciato da operatore ASST riporterà la dicitura "timbro e firma del responsabile"

3. Nei moduli di autocertificazione per reddito LISPA si sostituirà tutte le occorrenze di "ASL" con "ATS" in riferimento alla responsabilità dei controlli di cui sopra.
Si conferma che i controlli, ai sensi dell'art. 71 e ss. del DPR 445/2000 e del DM 11 Dicembre 2009, oggi in capo alle ASL, saranno di competenza delle ATS.

SUB ALLEGATO 8

PRIME INDICAZIONI PER IL REBRANDING DEGLI ENTI DEL SISTEMA SOCIO SANITARIO LOMBARDO A SEGUITO DELL'ENTRATA IN VIGORE DELLA L.R. 23/2015.

Si forniscono di seguito le prime indicazioni sui nuovi marchi che andranno a caratterizzare i soggetti del Sistema Socio Sanitario Lombardo così come definiti all'Allegato 1 della legge regionale n. 23/2015.

Tali indicazioni sono funzionali - in fase di avvio - esclusivamente alla produzione dei materiali di comunicazione essenziali ad assicurare una prima caratterizzazione delle nuove aziende: carta intestata, modulistica e altri stampati, siti internet, ecc.

A seguito di un periodo di sperimentazione di durata non inferiore a 4 mesi - e dopo aver rilevato le eventuali criticità applicative - Regione Lombardia procederà alla redazione di "Nuove Linee Guida per l'immagine coordinata del Sistema Socio Sanitario Lombardo".

Solo dopo la formalizzazione di tale documento gli enti potranno procedere alla realizzazione di prodotti di comunicazione "strutturali" e che richiedono investimenti economici particolari, quali ad esempio la realizzazione della segnaletica.

Si richiama in ogni caso sin da ora l'opportunità di aderire alle convenzioni centrali di ARCA per la fornitura di servizi di comunicazione di cui all'affidamento GE.CA 24/2015, per assicurare attraverso il ricorso ad un unico fornitore il più alto grado di coordinamento.

L'identità del Sistema Socio Sanitario

Il nuovo *branding system* mira in primo luogo a rafforzare nel cittadino la percezione dell'identità unitaria del sistema dei servizi, siano essi afferenti all'ambito ospedaliero che a quello territoriale. Il concetto di "Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia" **diventa quindi parte essenziale di tutti i brand aziendali**, come illustrato di seguito.

AGENZIE DI TUTELA DELLA SALUTE (ATS)

Di seguito i marchi delle 8 **Agenzie di Tutela della Salute.**

Alle denominazioni di cui all'Allegato 1 della legge regionale 23/2015 sono state applicate forme di semplificazione, per ottenere una maggior sintesi comunicativa.

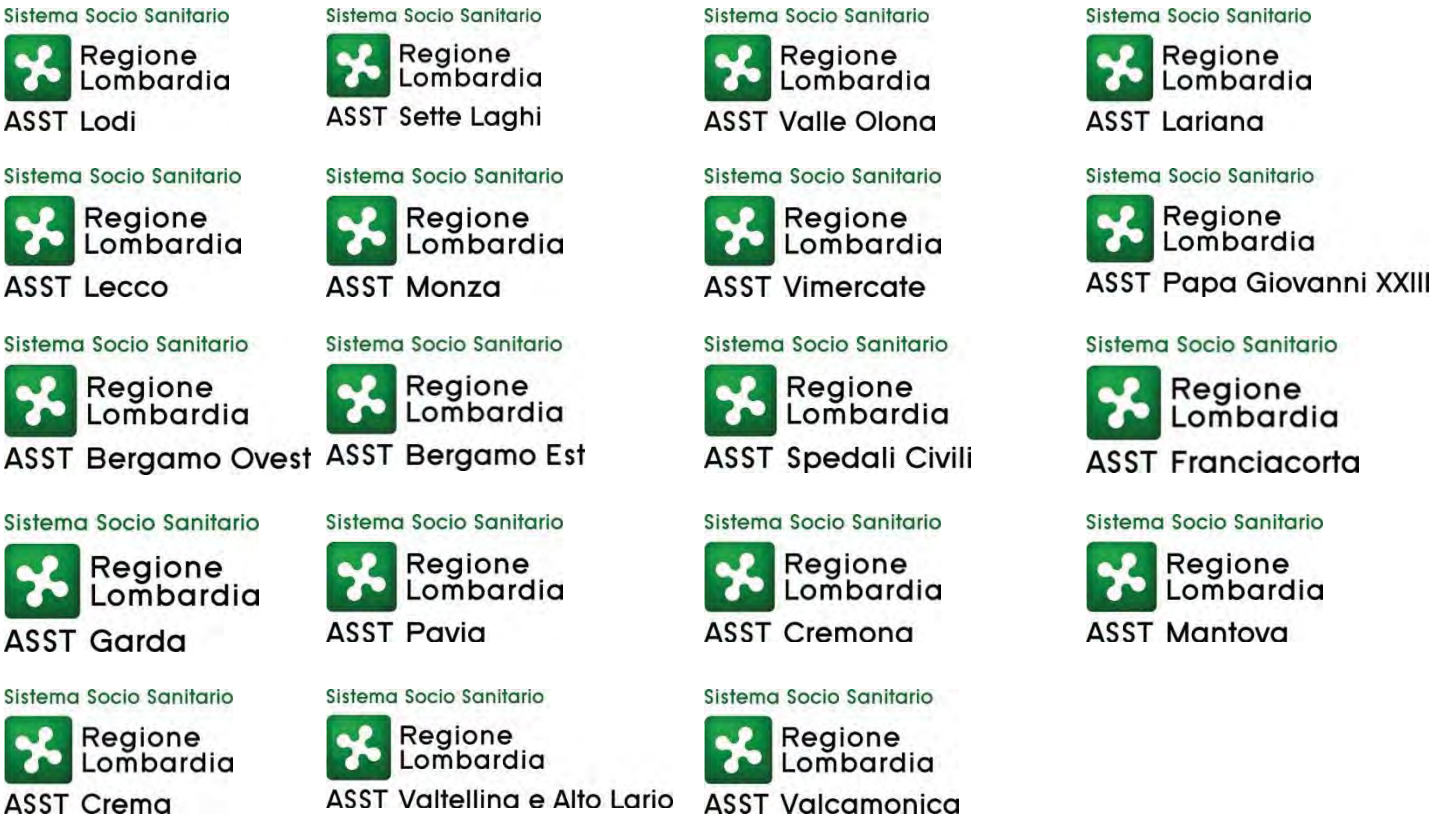
Per ciascuna ATS il marchio sarà inviato dalla Direzione Generale Welfare alla Direzione Aziendale in formato **.jpg; .ai; .eps**.

AZIENDE SOCIO SANITARIE TERRITORIALI (ASST)

Le 27 **Aziende Socio Sanitarie Territoriali** sono i nuovi soggetti del sistema socio sanitario lombardo chiamati ad assicurare, sul territorio di competenza, l'erogazione sia di servizi ospedalieri, che di servizi sanitari /socio sanitari territoriali.

Di seguito i marchi delle nuove aziende: alle denominazioni di cui all'Allegato 1 della legge regionale 23/2015 sono state applicate forme di semplificazione, per ottenere una maggior sintesi comunicativa.

Per ciascuna ASST il marchio sarà inviato dalla Direzione Generale Welfare alla Direzione Aziendale in formato **.jpg; .ai; .eps**.



Nell'ambito delle ASST: il marchio degli Enti erogatori

Nell'ambito delle ASST trovano collocazione più realtà erogatrici di servizi – sanitari e territoriali – molte delle quali in possesso di un'identità storica percepita come forte valore dall'utenza e che si ritiene essenziale salvaguardare.

Per questa ragione, l'identità delle singole realtà erogatrici sarà rappresentata da un marchio all'interno del quale la specifica denominazione aziendale – **preceduta dal simbolo storico se già esistente** – si troverà compresente con il marchio della ASST di riferimento.

In base al contesto di applicazione (supporto, formato, ecc.) si potrà avere una composizione orizzontale oppure verticale.

La realizzazione dei marchi identificativi delle singole realtà erogatrici - da affiancare al marchio della ASST di riferimento - **è demandata alla stessa ASST**, che alla denominazione di ciascun soggetto erogatore (es: "Ospedale San Carlo Borromeo", "Ospedale di Seregno", ecc.) premetterà il simbolo storico, se ritenuto discrezionalmente significativo per l'utenza di riferimento.

Il font da utilizzare per la denominazione di ciascun soggetto erogatore è **SF Old Republic.**

Per le dimensioni e il posizionamento rispetto al marchio "Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia", si vedano i seguenti esempi.

Esempi di composizione orizzontale

Esempi di composizione verticale

ISTITUTI DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO (IRCCS)

Anche nei marchi degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico diviene essenziale l'affiancamento del marchio storico a quello del Sistema Socio Sanitario Lombardo.

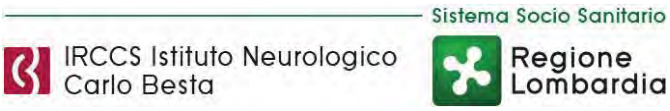
La realizzazione del marchio identificativo del singolo IRCCS in abbinamento al marchio "Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia" è demandata all'IRCCS stesso.

Come per gli enti erogatori si prevede la possibilità di una composizione orizzontale e di una composizione verticale, entrambe valide, da scegliere in base allo strumento di comunicazione da produrre.

Per ciascun IRCCS il marchio "Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia" sarà inviato dalla Direzione Generale Welfare alla Direzione Aziendale in formato **.jpg; .ai; .eps**.

Il font da utilizzare per la denominazione di ciascun soggetto erogatore è **SF Old Republic.**
Per le dimensioni e il posizionamento rispetto al marchio "Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia", si vedano i seguenti esempi.

Composizione orizzontale



Composizione verticale

SUB ALLEGATO 9

Procedura per l'esercizio e l'accreditamento delle unità d'offerta sociosanitarie

1. Premessa

Viene di seguito disciplinata la procedura per la messa in esercizio, l'accreditamento e i conseguenti provvedimenti relativi all'attività delle unità d'offerta sociosanitarie, nel rispetto dei requisiti definiti nell'allegato 1 della DGR 2569/2014 e della normativa nazionale e regionale vigente, coerentemente con le disposizioni della Legge regionale 11 agosto 2015, n. 23

2. Esercizio delle unità d'offerta sociosanitarie

2.1. Segnalazione certificata di inizio attività (SCIA)

L'esercizio delle unità d'offerta sociosanitarie, ad eccezione di quelle con piano programma in corso e ancora soggette ad autorizzazione all'esercizio, è subordinato alla presentazione di una segnalazione certificata di inizio attività (SCIA) ai sensi dell'articolo 19 della legge 7 agosto 1990, n. 241, Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi.

2.2. Casi in cui presentare la SCIA

La SCIA deve essere presentata nei seguenti casi:

1. messa in esercizio di nuova unità d'offerta;
2. trasferimento in altra sede di unità d'offerta già abilitata all'esercizio, anche all'interno dello stesso edificio;
3. variazione della capacità ricettiva;
4. variazioni nell'assetto dei servizi o delle prestazioni erogate;
5. trasformazione di unità d'offerta esistente in altra tipologia;
6. modifica dell'articolazione degli spazi della medesima unità di offerta, qualora le modifiche comportino, anche senza interventi edilizi, il mutare delle condizioni previste dal regolamento d'igiene o di sicurezza dei locali (come ad esempio: trasformazione di uffici in ambulatorio o palestre, trasformazione di aree di socializzazione in aree dove vengono erogate prestazioni sanitarie).
7. eventi modificativi del soggetto gestore per le unità di offerta non accreditate (a titolo esemplificativo: nel caso di persone giuridiche private può trattarsi di subentro di un nuovo soggetto gestore, scioglimento, fusione per incorporazione o costituzione di un nuovo ente; nel caso di enti pubblici può trattarsi di successione tra enti, anche per effetto di intervenute modifiche del quadro normativo di riferimento).

Al fine di semplificare il procedimento, non è necessario produrre nuovamente documenti e dichiarazioni sostitutive di certificazioni o di atto notorio ancora in corso di validità già prodotti in altri procedimenti, ma è sufficiente citare nella SCIA il procedimento nel quale i documenti sono stati prodotti. Analogamente, nel caso di SCIA per varianti o modifiche (punti 3, 4 e 6), la documentazione da produrre riguarda le sole variazioni intervenute, aggiornando se necessario le planimetrie precedentemente autorizzate o positivamente verificate

2.3. Esclusione dall'obbligo di presentazione della SCIA

Non sono soggette a presentazione di SCIA, ma a semplice comunicazione alla ATS, le seguenti fattispecie:

1. variazione del legale rappresentante del soggetto gestore: alla comunicazione si devono allegare l'atto di nomina e l'autocertificazione del possesso dei requisiti soggettivi del nuovo legale rappresentante (utilizzando la modulistica regionale);
2. trasformazione giuridica del soggetto gestore che non si sostanzi nel subentro di un nuovo oggetto gestore: alla comunicazione si allega la documentazione relativa alla trasformazione avvenuta;
3. modifiche nell'articolazione degli spazi che non comportino il mutare delle condizioni previste dal regolamento d'igiene o di sicurezza dei locali e interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria. Le suddette comunicazioni sono trasmesse alla ATS con gli elaborati grafici aggiornati e l'indicazione dettagliata e motivata delle variazioni eseguite.

2.4. Modalità di presentazione della SCIA

Il legale rappresentante del soggetto gestore (o il procuratore speciale) presenta la SCIA, utilizzando la modulistica regionale, alla ATS competente per territorio, per conoscenza al Comune di ubicazione dell'unità d'offerta e alla Regione, mediante presentazione diretta, invio postale con raccomandata con avviso di ricevimento, posta elettronica certificata (PEC). Unicamente per la ATS, alla SCIA devono essere allegati autocertificazioni, attestazioni ed elaborati tecnici atti a comprovare la sussistenza dei requisiti minimi stabiliti dal D.P.R. 14 gennaio 1997, dal presente provvedimento e dalla normativa regionale vigente in relazione alle singole tipologie di unità d'offerta.

La SCIA riguarda una sola unità d'offerta sociosanitaria. In caso di segnalazione da parte dello stesso soggetto gestore per una pluralità di strutture, è necessaria la presentazione di una SCIA separata per ciascuna di esse.

2.5. Effetti giuridici della SCIA

Dalla data di presentazione della SCIA, cioè di effettiva ricezione della stessa da parte della ATS, il soggetto è abilitato a porre in esercizio la relativa unità d'offerta e assume la responsabilità diretta della relativa gestione.

La presentazione della SCIA presuppone il possesso di tutti i requisiti minimi stabiliti dalle disposizioni vigenti per l'esercizio dell'unità d'offerta. Lo standard di personale deve essere assicurato in relazione alla progressiva presa in carico di utenti.

La ATS non può subordinare in alcun modo l'inizio dell'effettivo esercizio dell'unità di offerta alla preventiva positiva verifica di sussistenza dei requisiti dichiarati e attestati nella SCIA.

Il soggetto gestore, ai fini del mantenimento dell'abilitazione all'esercizio, è tenuto ad assolvere al debito informativo previsto per la specifica unità d'offerta.

Il soggetto gestore è tenuto inoltre a garantire alla ATS, nell'ambito dell'esercizio delle funzioni di vigilanza e controllo: l'accesso a tutti i locali della struttura, l'accesso alla documentazione rilevante ai fini dell'esercizio dell'unità di offerta, la possibilità di intraprendere ogni ulteriore verifica finalizzata a accertare l'allineamento della gestione reale a quanto dichiarato nei diversi documenti prodotti, la facoltà di assumere informazioni dirette dal personale, dagli ospiti e dai loro familiari.

2.6. Procedimento dell'abilitazione all'esercizio

In caso di SCIA incompleta, mancante cioè di elementi essenziali (come ad esempio: la sottoscrizione da parte del legale rappresentante, i dati o la documentazione allegata previsti nella modulistica regionale, la possibilità di identificare la tipologia di unità d'offerta a cui la SCIA si riferisce), la ATS, senza attendere la decorrenza dei termini previsti per le verifiche comunica al soggetto gestore l'irricevibilità o

l'inammissibilità o l'improcedibilità della SCIA, ai sensi della legge n. 241/1990. Il gestore ha in tal caso la facoltà di presentare una nuova SCIA.

In caso di presentazione di SCIA formalmente regolare, la ATS:

1. inserisce i relativi dati nel registro informatizzato delle unità d'offerta sociosanitarie;
2. accerta, entro sessanta giorni dall'effettivo ricevimento della SCIA, l'esistenza dei requisiti per l'esercizio dell'unità d'offerta, effettuando anche un sopralluogo presso la struttura;
3. nel caso di verifica positiva, ne comunica l'esito al gestore;
4. nel caso invece di accertata carenza dei requisiti minimi, fatta salva l'applicazione delle dovute sanzioni amministrative previste dall'articolo 15 della legge regionale n. 3/2008, sempre entro sessanta giorni dal ricevimento della SCIA, emette un atto di diffida imponendo al gestore di ottemperare alle prescrizioni rilevate entro un congruo termine non inferiore a trenta giorni. Qualora si riscontri una situazione di rischio per la salute o per la sicurezza pubblica, dispone con provvedimento motivato il divieto di prosecuzione dell'attività e l'obbligo di rimozione degli eventuali effetti dannosi provocati. In tale eventualità gravano in capo al soggetto gestore tutti gli adempimenti e i relativi oneri per la idonea collocazione degli utenti in altre unità d'offerta, in raccordo con la ATS, gli utenti e loro famiglie (o i tutori o gli amministratori di sostegno) e i comuni di residenza degli utenti;
5. fatte salve le responsabilità di natura civile e penale, nonché le sanzioni dovute per l'inosservanza di altre normative regionali o nazionali, in caso di mancato adeguamento nei termini indicati alle prescrizioni contenute nella diffida, adotta un provvedimento motivato di divieto di prosecuzione dell'attività, ai sensi dall'art. 19 della legge n. 241/1990;
1. fornisce alla Regione comunicazione dell'esito delle verifiche condotte e dei provvedimenti adottati. Tutte le comunicazioni tra ATS e Regione avvengono via PEC nel rispetto dell'articolo 65 del decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, Codice dell'Amministrazione Digitale.

2.7. Sospensione o revoca dell'abilitazione all'esercizio

Fatte salve le responsabilità di natura civile e penale, nonché le sanzioni dovute al mancato rispetto di altre normative regionali o nazionali, le unità d'offerta sociosanitarie incorrono nella sospensione o revoca dell'autorizzazione o abilitazione all'esercizio, quando l'attività sia esercitata in mancanza dei requisiti minimi, previa diffida da parte della ATS ad adempiere alle prescrizioni per il ripristino dei requisiti entro un congruo termine non inferiore a trenta giorni.

2.8. Cessazione dell'attività

In caso di cessazione dell'attività, il gestore deve darne comunicazione alla ATS, al Comune e alla Regione, dimostrando di aver garantito la continuità dell'assistenza agli utenti.

3. Accreditamento delle unità d'offerta sociosanitarie

3.1. Istanza di accreditamento

L'accreditamento delle unità d'offerta sociosanitarie è subordinato alla presentazione di specifica istanza. Specifica istanza deve essere presentata anche per le unità d'offerta già accreditate, nei seguenti casi:

1. variazione, sia in aumento che in riduzione, della capacità ricettiva,
2. trasformazione di unità d'offerta esistente in altra tipologia;
3. trasferimento della sede in cui è svolta l'attività, anche all'interno dello stesso edificio;
4. voltura, da intendersi come effettivo trasferimento della gestione tra due distinti soggetti.

L'istanza deve essere presentata, utilizzando la modulistica regionale, alla ATS competente per territorio e, per conoscenza alla Regione, mediante presentazione diretta, invio postale con raccomandata con avviso di ricevimento, posta elettronica certificata (PEC). La trasmissione alla Regione deve avvenire esclusivamente tramite PEC.

All'istanza di accreditamento, unicamente per la ATS, devono essere allegati dichiarazioni sostitutive di certificazioni o atti notori, attestazioni ed elaborati tecnici, necessari a comprovare la sussistenza dei requisiti soggettivi, strutturali e tecnologici, organizzativi e gestionali previsti dal presente provvedimento e dalla normativa vigente per la specifica tipologia di unità d'offerta.

La presentazione dell'istanza di accreditamento può avvenire:

1. contestualmente alla presentazione della SCIA, ovvero con una SCIA cosiddetta contestuale, presentata con le stesse modalità di cui al precedente paragrafo 2.4;
2. successivamente, in presenza di un'attività già abilitata o autorizzata all'esercizio.

3.2. Procedimento di accreditamento

La ATS procede a verificare il possesso dei requisiti previsti tramite analisi documentale e visita in loco, e qualora le verifiche si concludano con esito positivo, adotta, entro sessanta giorni dal ricevimento dell'istanza, il provvedimento di accreditamento o di modifica dello stesso, sulla base di una precisa e puntuale attestazione del possesso di ogni singolo requisito.

Nel caso invece di accertata carenza o di mancato mantenimento di un requisito, fatte salve le eventuali responsabilità di natura civile e penale e l'applicazione delle dovute sanzioni amministrative previste dall'articolo 27 della legge regionale n. 33/2009 e s.m.i., la ATS:

1. emette un atto di diffida, imponendo al gestore di ottemperare alle prescrizioni impartite entro un congruo termine, che non può essere superiore a sessanta giorni;
2. accertato l'assolvimento delle prescrizioni, adotta il provvedimento di accreditamento o di modifica dell'accreditamento;
3. decorso invece infruttuosamente il termine della diffida, adotta il provvedimento di diniego dell'accreditamento;

Qualora l'accertamento della mancanza dei requisiti di esercizio o di accreditamento sia tale da comportare un grave rischio per la salute dei cittadini, la ATS emette la diffida ad ottemperare ai requisiti carenti e dispone contestuale ed immediato divieto di prosecuzione dell'attività e, per le unità d'offerta accreditate, sospensione dell'accreditamento per un periodo minimo di tre giorni ed un massimo di centottanta. In tale eventualità gravano in capo al soggetto gestore tutti gli adempimenti e i relativi oneri per l'idonea collocazione degli utenti in altre unità d'offerta, in raccordo con la ATS, gli utenti e le loro famiglie (o i tutori o gli amministratori di sostegno) e i Comuni di residenza degli utenti.

Tutti i provvedimenti adottati dalla ATS devono essere trasmessi alla Regione e al soggetto gestore entro cinque giorni lavorativi dalla loro adozione.

La Regione, a conclusione e perfezionamento dei provvedimenti, procede, nei casi dovuti, entro i successivi trenta giorni, all'iscrizione/aggiornamento della posizione dell'unità d'offerta nel registro informatizzato delle unità d'offerta sociosanitarie accreditate e ad emettere nota di presa d'atto dandone comunicazione alla ATS e al soggetto gestore interessato.

La ATS attribuisce quindi il codice struttura, dandone comunicazione alla Regione e al soggetto gestore, al fine di consentire a quest'ultimo di adempiere al prescritto debito informativo.

Entro sessanta giorni dalla comunicazione di avvenuta iscrizione/aggiornamento nel registro regionale, il soggetto gestore deve avviare l'attività oggetto di accreditamento con l'effettiva presa in carico di utenti, dandone comunicazione alla ATS competente.

La ATS esegue un ulteriore sopralluogo, senza preavviso, al fine di verificare il mantenimento dei requisiti, entro novanta giorni dalla comunicazione di iscrizione/aggiornamento del registro regionale.

Dell'esito del sopralluogo la ATS dà comunicazione entro cinque giorni alla Regione con l'invio del relativo verbale.

Nei casi in cui il sopralluogo post accreditamento si concluda con esito negativo, fatte salve le responsabilità di natura civile e penale e l'applicazione delle dovute sanzioni amministrative previste dall'articolo 27 della legge regionale n. 33/2009 e s.m.i., si applica la seguente procedura:

1. emette un atto di diffida, imponendo al gestore di ottemperare alle prescrizioni impartite entro un congruo termine, che non può essere superiore a trenta giorni;
2. accertato l'assolvimento delle prescrizioni la ATS comunica alla Regione e al soggetto gestore l'esito positivo della verifica;
3. decorso invece infruttuosamente il termine della diffida, adotta il provvedimento di sospensione dell'accreditamento per un periodo minimo di tre e massimo di centottanta giorni, durante il quale il soggetto gestore è tenuto ad adeguarsi alle prescrizioni;
4. al termine della sospensione, accertato l'assolvimento delle prescrizioni la ATS comunica alla Regione e al soggetto gestore l'esito positivo della verifica;
5. nel caso di ulteriore mancato adeguamento, ovvero in caso di fatti di accertata gravità, la ATS adotta il provvedimento di revoca dell'accreditamento.

Qualora l'accertamento della mancanza dei requisiti di esercizio o di accreditamento sia tale da comportare un grave rischio per la salute dei cittadini, la ATS emette la diffida ad ottemperare ai requisiti carenti e dispone contestuale ed immediato divieto di prosecuzione dell'attività e sospensione dell'accreditamento per un periodo minimo di tre giorni ed un massimo di centottanta. In tale eventualità gravano in capo al soggetto gestore tutti gli adempimenti e i relativi oneri per l'idonea collocazione degli utenti in altre unità d'offerta, in raccordo con la ATS, gli utenti e le loro famiglie (o i tutori o gli amministratori di sostegno) e i comuni di residenza degli utenti.

Nel caso in cui il sopralluogo post accreditamento si concluda con la constatazione che l'attività con l'effettiva presa in carico degli utenti non sia ancora iniziata, la ATS adotta entro 30 giorni il provvedimento di decadenza dell'accreditamento.

Tutti i provvedimenti adottati dalla ATS devono comunque essere trasmessi alla Regione e al soggetto gestore entro cinque giorni lavorativi dalla loro adozione.

La Regione, a conclusione e perfezionamento dei provvedimenti, procede, entro i successivi trenta giorni, all'aggiornamento della posizione dell'unità d'offerta nel registro informatizzato delle unità d'offerta sociosanitarie accreditate e ad emettere nota di presa d'atto dandone comunicazione alla ATS e al soggetto gestore interessato.

3.3. Effetti giuridici dell'accreditamento

Il procedimento di accreditamento si perfeziona all'atto dell'iscrizione nel registro regionale delle strutture accreditate.

Il soggetto gestore è tenuto, già dal momento di presentazione della SCIA contestuale o della richiesta di accreditamento, a dimostrare il possesso di tutti requisiti previsti per l'accreditamento dell'unità di offerta,

indipendentemente dall'effettiva presenza di utenti. Lo standard di personale è invece assicurato in relazione alla progressiva presa in carico di utenti.

L'accreditamento dell'unità di offerta comporta l'obbligo per il soggetto gestore di mantenere i requisiti di esercizio e accreditamento previsti dal presente provvedimento e dalla normativa per la specifica tipologia di unità d'offerta.

Il soggetto gestore accreditato è tenuto a:

1. assolvere il debito informativo prescritto dalla Regione;
2. garantire alla ATS, che esercita ai sensi della normativa regionale i compiti di vigilanza e controllo sulle unità d'offerta: l'accesso a tutti i locali della struttura; l'accesso alla documentazione relativa al rapporto di accreditamento o, comunque, rilevante ai fini dell'esercizio dell'unità di offerta; la possibilità di intraprendere ogni ulteriore esame finalizzato a verificare l'allineamento della gestione reale a quanto dichiarato nei diversi documenti prodotti; la facoltà di assumere informazioni dirette dal personale, dagli ospiti e dai loro familiari;
3. rispettare le procedure previste nei casi di variazione del soggetto gestore.

3.4. Perizia asseverata

Per presentare istanza di accreditamento, si conferma la possibilità da parte del soggetto gestore di attestare i requisiti di accreditamento mediante perizia asseverata, secondo le modalità previste con la D.G.R. del 7 febbraio 2005, n. 20465, "Ulteriori determinazioni procedurali in ordine ai percorsi di semplificazione per le unità d'offerta sociosanitarie".

3.5. Voltura dell'accreditamento

Il trasferimento dell'accreditamento da un soggetto gestore a un altro è subordinato all'emanazione di un provvedimento di voltura da parte dell'ATS, finalizzato ad attestare la sussistenza dei requisiti soggettivi del soggetto gestore subentrante.

Il soggetto gestore subentrante attiva il procedimento attraverso la presentazione di un'istanza alla ATS competente per territorio e, per conoscenza, alla Regione, utilizzando l'apposita modulistica regionale, mediante presentazione diretta, invio postale con raccomandata con avviso di ricevimento, posta elettronica certificata (PEC). La trasmissione alla Regione deve avvenire esclusivamente tramite PEC.

All'istanza di voltura dell'accreditamento, unicamente per la ATS, deve essere allegata la seguente documentazione:

1. il contratto e/o l'atto unilaterale di cessione, in relazione al quale il nuovo soggetto subentra nella gestione dell'unità d'offerta, la cui efficacia è comunque subordinata all'adozione del provvedimento di voltura dell'accreditamento;
2. per l'ipotesi in cui l'immobile non sia di proprietà del soggetto gestore: dichiarazione del proprietario che attesti che non sussistono impedimenti al subentro del nuovo soggetto nel godimento dell'immobile e al trasferimento dell'accreditamento (come ad esempio vincoli derivanti da finanziamento pubblico per la realizzazione o la ristrutturazione dell'immobile ove è esercitata l'unità d'offerta);
3. attestazione, da parte del soggetto subentrante, del possesso dei requisiti soggettivi di esercizio, di accreditamento e, qualora il soggetto uscente sia titolare di contratto con la ATS, anche dei requisiti soggettivi per la sottoscrizione del contratto;
4. dichiarazione di impegno del soggetto subentrante a garantire il mantenimento dei requisiti organizzativi e gestionali, strutturali e tecnologici, di esercizio e di accreditamento;

5. dichiarazione di impegno del soggetto uscente a garantire la continuità dell'attività sino all'adozione del provvedimento di voltura.

Il richiedente non è tenuto a produrre, se non in caso di loro modifica, i documenti che attestano il possesso dei requisiti di carattere strutturale.

Entro sessanta giorni dalla presentazione dell'istanza, la ATS procede a verificare il possesso dei requisiti soggettivi e, in caso di esito positivo, adotta il provvedimento di voltura dell'accreditamento, sulla base di una precisa e puntuale attestazione del possesso dei requisiti soggettivi del nuovo soggetto gestore. Qualora le verifiche si concludano con esito negativo, la ATS adotta il provvedimento di diniego della voltura dell'accreditamento.

Entro cinque giorni lavorativi dalla loro adozione, tutti i provvedimenti adottati dalla ATS devono essere trasmessi al soggetto gestore e alla Regione che procede, a conclusione e perfezionamento del provvedimento, entro i successivi trenta giorni, ad aggiornare il registro informatizzato delle unità di offerta sociosanitarie accreditate e ad emettere nota di presa d'atto dandone comunicazione alla ATS e al soggetto interessato.

La ATS, entro novanta giorni dalla comunicazione di aggiornamento del registro regionale, effettua una visita di vigilanza presso l'unità d'offerta, al fine di verificare il mantenimento dei requisiti, con particolare attenzione ai requisiti organizzativi e gestionali.

Le unità d'offerta realizzate con finanziamenti pubblici di natura regionale o statale mantengono, anche in caso di voltura, il vincolo di destinazione.

Ai fini di quanto sopra, il soggetto pubblico proprietario dell'immobile nel quale viene esercitata l'attività di un'unità d'offerta e che intenda affidare la gestione dell'attività, regola i propri rapporti con l'affidatario tramite l'inserimento nel relativo capitolato di condizioni volte a garantire:

1. il rispetto di tutti i requisiti di esercizio e di accreditamento;
2. l'osservanza delle condizioni di accesso alla sottoscrizione dell'eventuale contratto con la ATS, previste dalla normativa;
3. la corretta gestione dell'unità d'offerta ai sensi della vigente normativa nazionale e regionale.

Il soggetto pubblico deve inoltre espletare le procedure di affidamento a terzi in modo da garantire che la gestione dell'attività prosegua con continuità tra un gestore e il successivo.

L'affidatario provvede direttamente a presentare la richiesta di voltura dell'accreditamento, dando così attivazione alla procedura descritta sopra. La documentazione richiesta viene integrata con il capitolato e l'atto di affidamento.

3.6. Sospensione o revoca dell'accreditamento

Fatte salve le responsabilità di natura civile e penale, nonché le sanzioni dovute al mancato rispetto di altre normative regionali o nazionali, le unità d'offerta sociosanitarie incorrono nella sospensione o revoca dell'accreditamento, previa diffida da parte della ATS ad adempiere entro un congruo termine (vedi paragrafo 3.2.), nei seguenti casi:

1. quando l'attività sia esercitata in mancanza dei requisiti minimi;
2. quando non venga garantito il mantenimento di uno o più requisiti di accreditamento;
3. quando non venga ottemperato il debito informativo nei confronti di Regione o ATS.

Decorso infruttuosamente il termine della diffida, la ATS adotta entro trenta giorni il provvedimento di sospensione dell'accreditamento per un periodo minimo di tre e massimo di centottanta giorni dandone comunicazione sia alla Regione che al soggetto gestore.

Al termine della sospensione, accertato l'assolvimento delle prescrizioni la ATS comunica entro cinque giorni lavorativi alla Regione e al soggetto gestore l'esito positivo della verifica.

Nel caso di ulteriore mancato adeguamento, ovvero in caso di fatti di accertata gravità, la ATS adotta entro trenta giorni il provvedimento di revoca dell'accreditamento.

Il riscontro delle violazione di cui ai punti 1 e 2 contestate alla medesima unità d'offerta per la terza volta nel corso dell'anno solare, comporta la diffida ad ottemperare con contestuale e immediata sospensione dell'accreditamento.

Entro cinque giorni lavorativi dalla loro adozione, tutti i provvedimenti adottati dalla ATS devono esse re trasmessi al soggetto gestore e alla Regione che procede, a conclusione e perfezionamento del provvedimento, entro i successivi trenta giorni, ad aggiornare il registro informatizzato delle unità di offerta sociosanitarie accreditate e ad emettere nota di presa d'atto dandone comunicazione alla ATS e al soggetto interessato.

3.7. Decadenza dell'accreditamento

Si incorre nella decadenza dell'accreditamento nei casi di cessazione o di mancato avvio dell'attività.

1. Cessazione dell'attività: la decadenza è disposta dalla ATS a seguito di comunicazione da parte del soggetto gestore. La ATS verifica la salvaguardia della continuità assistenziale degli utenti e ne dà comunicazione in Regione. Qualora la cessazione dell'attività derivi da una decisione del soggetto gestore, viene fissato un termine di preavviso minimo di novanta giorni, fatta salva diversa valutazione della ATS competente. Gravano in capo al soggetto gestore tutti gli adempimenti e i relativi oneri per l'idonea collocazione degli utenti in altre unità d'offerta, in raccordo con la ATS, gli utenti stessi, le loro famiglie, eventuali tutori o amministratori di sostegno e i comuni di residenza.
2. Mancato avvio dell'attività: la decadenza viene disposta dalla ATS nel caso in cui nel corso del sopralluogo post accreditamento verifichi che l'attività non sia stata avviata con l'effettiva presa in carico di utenti.

Entro cinque giorni lavorativi dalla loro adozione, tutti i provvedimenti adottati dalla ATS devono essere trasmessi al soggetto gestore e alla Regione che procede, a conclusione e perfezionamento del provvedimento, entro i successivi trenta giorni, ad aggiornare il registro informatizzato delle unità di offerta sociosanitarie accreditate e ad emettere nota di presa d'atto dandone comunicazione alla ATS e al soggetto interessato.

3.8. Riconoscimento di ente unico

Il soggetto gestore di più unità d'offerta sociosanitarie accreditate, anche di diversa tipologia, può chiedere il riconoscimento di ente unico gestore.

Il riconoscimento di ente unico gestore di più unità d'offerta cambia la definizione di unità d'offerta, che diventa il complesso di tutte le unità d'offerta afferenti all'ente gestore.

L'ente unico è costituito da una parte o da tutte le unità d'offerta afferenti ad un unico soggetto gestor e. Il riconoscimento di ente unico pur costituendo una semplificazione amministrativa, implica un processo di profonda revisione organizzativa da parte del soggetto gestore, che può essere attuato gradualmente per le proprie unità d'offerta e pertanto la richiesta di riconoscimento non deve necessariamente comprendere tutte le unità d'offerta in capo al soggetto gestore.

L'ente unico è un soggetto gestore di più unità d'offerta accreditate sul territorio regionale che agisce in modo uniforme attraverso l'adozione di protocolli assistenziali e procedure operative omogenee (come ad

esempio la gestione dei reclami, la rilevazione della qualità percepita, i contratti d'ingresso con gli utenti, la progettazione e l'erogazione dell'attività formativa, ecc.).

Il legale rappresentante del soggetto gestore, pubblico o privato, o altro soggetto munito di idonei poteri, di più unità d'offerta accreditate sul territorio regionale, può presentare alla Regione e alle ATS sul cui territorio insistono le unità d'offerta interessate istanza di riconoscimento quale ente unico, compilando la specifica modulistica regionale che comprende l'autocertificazione di assolvimento a livello di ente unico dei requisiti organizzativi e gestionali generali di esercizio e di accreditamento.

La ATS titolare del procedimento di verifica viene automaticamente individuata, di norma, in quella sul cui territorio l'ente unico gestore svolge in modo prevalente la propria attività, ovvero dispone del budget di entità maggiore.

La ATS competente provvede entro sessanta giorni dalla presentazione dell'istanza ad effettuare la verifica, ad attestare il possesso dei requisiti e a trasmettere il provvedimento di attestazione alla Regione e al soggetto gestore.

Sulla base dell'attestazione della ATS, la Regione dispone entro trenta giorni il riconoscimento di ente unico gestore.

Sub Allegato 10

SCHEMA DI CONTRATTO PER LA DEFINIZIONE DEI RAPPORTI GIURIDICI ED ECONOMICI TRA ATS E SOGGETTO GESTORE DI UNITÀ D'OFFERTA SOCIOSANITARIE ACCREDITATE

Tra

l'Agenzia di Tutela della Salute (…) (di seguito ATS), con sede legale nel Comune di (…) in via (…) n. (…), codice fiscale (…) partita IVA (…), nella persona del Direttore Generale, o suo delegato, dott. (…) nato a (…) il (…), domiciliato per la carica presso la sede della ATS

e

il soggetto gestore (…), con sede legale nel Comune di (…) in via (…) n. (…), codice fiscale (…) partita IVA (…), nella persona del sig. (…) nato a (…) il (…) residente nel Comune di (…) via (…) n. (…) codice fiscale (…), in qualità di legale rappresentante o suo delegato, per l'unità d'offerta sociosanitaria (tipologia) denominata (…), con sede nel Comune di (…) in via (…) n. (…), codice di Struttura n. (…), accreditata con Deliberazione o Decreto n. (…) del (…) per (…) posti o prestazioni di seguito denominato soggetto gestore;

Premesso che:

- la ATS, ai sensi della programmazione regionale, si avvale del soggetto gestore per la suddetta unità d'offerta sociosanitaria per (specificare n. posti o n. prestazioni); (in caso di contratto relativo a ente gestore unico di una pluralità di unità di offerta elencare tutte le unità d'offerta e i rispettivi dati, specificando le ATS di ubicazione);
- il soggetto gestore mette a disposizione della ATS i suddetti posti o prestazioni accreditati che verranno remunerati secondo le tariffe regionali vigenti e le modalità stabilite dal presente contratto;
- (con riferimento esclusivo alle unità di offerta nelle quali è prevista compartecipazione alla spesa da parte dell'utenza) il soggetto gestore di unità d'offerta nelle quali è prevista una compartecipazione al costo delle prestazioni erogate per la parte non a carico del FSR, ha provveduto a comunicare alla ATS, come da documentazione allegata al presente contratto, le rette giornaliera dallo stesso praticate agli ospiti, e si impegna a trasmettere con tempestività alla ATS eventuali variazioni che dovessero intervenire. A tale riguardo si dà atto che la retta viene corrisposta direttamente alla Struttura da parte dell'assistito, o di coloro che, eventualmente, abbiano un impegno al riguardo con la medesima Struttura, in virtù di un rapporto contrattuale di natura privatistica che impegna le Parti stesse.

Si stipula quanto segue

ARTICOLO 1. Oggetto del contratto

Le premesse costituiscono parte integrante e sostanziale del presente contratto che definisce i rapporti giuridici ed economici derivanti dall'erogazione di prestazioni sociosanitarie da parte del soggetto gestore in relazione all'esercizio della unità d'offerta di cui in premessa, con oneri a carico della Fondo Sanitario Regionale, secondo le tariffe stabilite da Regione Lombardia e fatta salva la partecipazione ai costi da parte dell'utente, ai sensi della vigente normativa.

ARTICOLO 2. Obblighi del soggetto gestore

Il soggetto gestore, con la sottoscrizione del presente contratto, dichiara di conoscere e si impegna ad applicare le norme generali statali e regionali e quelle specifiche della unità d'offerta oggetto del presente contratto.

L'ente gestore si impegna inoltre a:

a) concorrere al rispetto ed all'attuazione dei principi, delle indicazioni e degli adempimenti previsti nella L.R. n. 3/2008 e nella L.R. n. 33/2009 e s.m.i. a carico degli enti gestori;
b) verificare che all'atto dell'accesso gli assistiti abbiano le caratteristiche e manifestino le condizioni di bisogno previste per il tipo di unità d'offerta gestito;
c) (con esclusione delle unità di offerta ambulatoriali e delle prestazioni a totale carico del Fondo Sanitario regionale) informare il comune di residenza degli assistiti dell'accesso all'unità d'offerta o, nei casi in cui l'accesso sia disposto d'urgenza, dell'accettazione del ricovero. In caso di presa in carico di cittadini non lombardi, con oneri a carico del FSR della Regione di origine, dovrà essere richiesto il preventivo assenso da parte di quest'ultima;
d) informare l'assistito, il suo legale rappresentante e i suoi familiari, in modo chiaro e fin dal momento della richiesta di accesso, circa la possibilità di chiedere l'intervento del difensore civico territoriale, in tutti i casi in cui sia negata o limitata la fruibilità delle prestazioni nonché per ogni eventuale necessità; informare inoltre della possibilità di accedere all'Ufficio relazioni con il pubblico e all'Ufficio di pubblica tutela della ATS;
e) partecipare a iniziative promosse dalla ATS, dalla Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) o dagli ambiti di programmazione sociale locale, rivolte, tra l'altro, a garantire processi e percorsi per la continuità della presa in carico della persona e ad attuare l'integrazione tra la rete d'offerta sociale e quella sociosanitaria;
f) non richiedere alcun corrispettivo per lo svolgimento di tutte le pratiche e le procedure preliminari alla presa in carico dell'utente;
g) assistere gli ospiti per i quali si ricevono tariffe a carico del Fondo Sanitario Regionale su posti accreditati e messi a contratto;
h) accettare espressamente il sistema di finanziamento, vigilanza e controllo, sanzioni, osservanza dei tempi di erogazione delle prestazioni stabilite dalla Regione Lombardia;
i) erogare le prestazioni in coerenza a quanto previsto in termini di appropriatezza dalle disposizioni nazionali e regionali;
j) rispettare la normativa vigente in tema di trattamento dei dati personali e salute e sicurezza sul lavoro;
k) erogare le prestazioni in osservanza anche delle ulteriori indicazioni/adempimenti contenuti nell'Appendice al presente contratto per quanto di specifica attinenza alla/alle relativa/e tipologia/e di unità d'offerta oggetto del presente contratto;
l) rendersi disponibile affinché le persone ospitate possano rimanere collegate con il proprio contesto familiare e sociale di riferimento, favorendo, compatibilmente con lo stato di salute degli ospiti e con l'organizzazione della Struttura, iniziative al riguardo.

ARTICOLO 3. Sistema tariffario e pagamenti

La ATS è tenuta a erogare al soggetto gestore, nel rispetto delle disposizioni regionali vigenti, le tariffe previste da Regione Lombardia, secondo le modalità fissate nel presente contratto.

La ATS anticipa mensilmente acconti pari all'85% di un dodicesimo del budget oppure, in caso di nuova unità d'offerta, del budget coerente con il piano di inserimento degli ospiti. Garantisce inoltre l'erogazione del saldo trimestrale entro i successivi 60 giorni dall'avvenuto ricevimento della fattura e previo assolvimento del debito informativo di rendicontazione delle prestazioni erogate. L'avvenuto pagamento del saldo non pregiudica il recupero di somme che, sulla base dei controlli effettuati nei confronti della unità d'offerta, risultassero non dovute o dovute solo in parte.

Il soggetto gestore si impegna a emettere mensilmente le fatture degli acconti e a emettere, entro il mese successivo alla scadenza di ogni trimestre, le fatture relative ai saldi trimestrali, derivanti le classificazioni

dei singoli ospiti desunte dal sistema informativo in vigore, secondo la modulistica regionale. Per il pagamento delle fatture oggetto del presente contratto si applica quanto previsto dall'art.31 c.4 e 7 del D.L. 69/2013 convertito con legge n. 98/2013.

Ferma restando la possibilità di decurtare, recuperare o ridurre le somme previste a titolo di tariffa, sulla base di provvedimenti assunti dalla ATS al termine di accertamenti condotti sulla unità d'offerta, è fatta salva la facoltà della stessa ATS di sospendere l'erogazione parziale o totale dei pagamenti effettuati a qualsiasi titolo, in tutti i casi in cui siano in corso controlli per l'accertamento di gravi violazioni della normativa vigente, dei requisiti per l'esercizio e per l'accreditamento, delle clausole del presente contratto.

ARTICOLO 4. Utenti fuori regione

Le presenti disposizioni si applicano alle prestazioni erogate per tutti i cittadini residenti in Regione Lombardia. Le prestazioni erogate nei confronti di cittadini residenti in altre Regioni vengono remunerate a produzione effettiva, secondo le tariffe vigenti in Lombardia. Le prestazioni relative ai pazienti provenienti da altre Regioni non sono definite nel loro valore, in quanto la funzione di tutela dei cittadini spetta alle relative Regioni di residenza, che provvedono a regolamentare l'accesso ai servizi nonché al pagamento della tariffa a carico del Fondo Sanitario Regionale. Le prestazioni a favore di cittadini non lombardi devono essere prestate secondo gli stessi criteri di appropriatezza che guidano l'erogazione dei servizi per i residenti lombardi. Le attività di controllo svolte dalle ATS sui propri erogatori riguardano anche l'appropriatezza e la correttezza delle prestazioni garantite a cittadini non residenti in Regione Lombardia.

ARTICOLO 5. Budget

Alla unità d'offerta è assegnato il budget di risorse indicato nell'allegata scheda di budget, parte integrante del presente contratto. *(nel caso di ente gestore unico allegare una scheda budget per ogni unità di offerta)*

L'eventuale modifica dell'importo indicato nella scheda budget può essere concordata tra ATS e soggetto gestore non oltre il 30 novembre dell'anno in corso, compatibilmente con le risorse disponibili e sentita la Direzione Generale competente. A tale riguardo il soggetto gestore può inviare, entro e non oltre il 31 ottobre dell'anno in corso, l'eventuale segnalazione dell'esigenza di modificare il budget alla ATS.

Al raggiungimento della soglia di budget indicata non sarà riconosciuta alcuna ulteriore remunerazione a carico del Fondo Sanitario Regionale, fatte salve le prestazioni extra-budget per utenza non tipica, di cui ai successivi articoli.

L'esaurimento del budget non costituisce motivo valido per l'incremento delle rette a carico dell'utenza.

ARTICOLO 6. Prestazioni extra budget *(per le unità d'offerta che accolgono anche utenza non tipica)*

Con riguardo all'utenza non tipica (stati vegetativi, SLA, soggetti provenienti da ex ospedali psichiatrici e disabili a cui sono stati riconosciuti i benefici di cui alla D.G.R. n. 5000/2007) è remunerata extra-budget la differenza tra la tariffa di tale utenza e quella relativa all'utenza tipica dell'unità d'offerta di cui al presente contratto, considerando il livello di remunerazione più alto.

Ogni presa in carico di utenza non tipica è soggetta a preventiva comunicazione da parte del soggetto gestore nei confronti della ATS.

ARTICOLO 7. Modalità di registrazione e codifica delle prestazioni

Il debito informativo analitico costituisce lo strumento fondamentale per le rendicontazioni economiche. La ATS non procede alla remunerazione delle prestazioni non correttamente rendicontate.

La ATS, nell'ambito dell'attività di vigilanza, compie i controlli sulla appropriatezza delle prestazioni e l'aderenza delle caratteristiche degli assistiti a quanto riportato nella documentazione relativa ai fascicoli sociosanitari, in conformità alle disposizioni vigenti.

ARTICOLO 8. Controversie

Per ogni controversia che dovesse insorgere sulla interpretazione e sulla applicazione del presente contratto è competente il Foro di (…)

ARTICOLO 9. Durata

Il presente contratto ha validità dal (…) sino al (…).

ARTICOLO 10. Vigilanza della ATS sugli adempimenti contrattuali

Compete alla ATS la vigilanza sull'applicazione dei contenuti del presente contratto e relativi adempimenti. In caso di inosservanza delle clausole, ove ciò non costituisca causa di risoluzione del contratto, previa diffida ad adempiere entro un congruo termine, il soggetto gestore è sanzionato con una penale di euro tremila.

ARTICOLO 11. Recepimento di normative regionali

Le parti danno atto che il presente contratto si intende automaticamente modificato o integrato per effetto di sopravvenute normative regionali, il cui contenuto deve essere formalmente reso noto dalla ATS al soggetto gestore, con la chiara indicazione dei termini relativi alle diverse eventuali obbligazioni.

ARTICOLO 12. Clausola risolutiva espressa

Il presente contratto è risolto immediatamente e automaticamente qualora dovessero essere comunicate dalla prefettura o da altro organo certificatore, successivamente alla stipula del contratto, informazioni interdittive di cui al D.lgs. 159/2011 s.m.i.

Il presente contratto è altresì risolto immediatamente e automaticamente a seguito di provvedimento che dispone la revoca o la decadenza dall'accreditamento.

ARTICOLO 13. Norma di rinvio

Per ogni aspetto non disciplinato dal presente contratto si fa rinvio al codice civile e alla normativa di settore.

Letto, confermato e sottoscritto.

Luogo e data

Il Direttore Generale della ATS

del Soggetto Gestore

Il Legale Rappresentante

CLAUSOLE INTEGRATIVE RELATIVE AGLI ADEMPIMENTI SPECIFICI PER LE DIVERSE UNITÀ D'OFFERTA AD INTEGRAZIONE DEI CORRISPONDENTI ARTICOLI DEL CONTRATTO TIPO

Il contratto è integrato dalle seguenti clausole specifiche *(riportare nel testo del contratto solo le clausole pertinenti alla specifica unità d'offerta).*

Articolo 2. Obblighi del soggetto gestore

- per CDD e CDI aggiungere:

  Il Centro è aperto n. … giorni alla settimana, dal ... al ..., e osserva il seguente orario di funzionamento: … *(descrizione*). Per le giornate di apertura, eccedenti i cinque giorni nella settimana, il gestore si impegna ad un aumento proporzionale dello standard minimo di personale previsto dalla normativa di accreditamento. È prevista/non prevista una chiusura per le vacanze, di n. … settimane nell'anno.
- per le RSA e le RSD aggiungere:

  Il gestore provvede alla cancellazione degli ospiti dagli elenchi dei rispettivi medici di medicina generale a partire dal giorno dell'ingresso o comunque dalla data di sottoscrizione del contratto se successivo alla data di ingresso.
- per le cure intermedie (ex riabilitazione residenziale adulti) aggiungere:

  Il soggetto gestore si impegna a valutare e classificare l'utenza nei profili di cui alla D.G.R. n. X/3383 del 10/4/2015, utilizzando gli strumenti e le metodologie fornite e ad assolvere al debito informativo supplementare definito dalla Regione.

Articolo 3. Sistema tariffario e pagamenti

- per RSA aggiungere:

  Le assenze temporanee di tutti gli ospiti, dovute a rientri in famiglia per festività, vacanze, malattie e ricoveri ospedalieri, possono essere esposte come giornate di presenza entro il limite massimo di dieci giorni, per un massimo di venti giorni annui per ospite, a condizione che venga garantito all'ospite il mantenimento dello stesso posto, che non deve essere occupato da altro utente durante il periodo di assenza.
  Nel caso di assenza temporanea per ricovero ospedaliero la tariffa sanitaria è riconosciuta a condizione che l'ente gestore assicuri, all'ospite ricoverato, prestazioni di carattere assistenziali integrative e/o sostitutive dei famigliari. Di tali attività deve essere data evidenza nel FASAS e nelle registrazioni delle attività giornaliere.
  Possono essere retribuite prestazioni erogate con la modalità del soggiorno climatico, indipendentemente dal periodo nel quale viene svolto, a condizione che:
  - il soggiorno sia organizzato direttamente dal gestore e sia previsto nel P.A.I. della persona assistita
  - sia garantito anche presso la destinazione climatica lo standard di personale previsto dall'accreditamento non venga superato il budget annuale.

  Non possono essere pagate prestazioni per la fruizione contemporanea di più unità di offerta socio sanitarie. Fa eccezione il caso in cui la persona assistita in RSA, a causa di un repentino deterioramento delle condizioni di salute, necessiti di prestazioni riabilitative, escluse quelle di mantenimento. In tal caso è necessario che vi sia un piano riabilitativo predisposto dal fisiatra e condiviso tra la struttura riabilitativa e la struttura socio sanitaria di provenienza dell'ospite.
- per RSD aggiungere:

  Le assenze temporanee di tutti gli ospiti, dovute a rientri in famiglia per festività, vacanze, malattie e ricoveri ospedalieri, possono essere esposte come giornate di presenza entro il limite massimo di dieci giorni, per un massimo di venti giorni annui per ospite, a condizione che venga garantito all'ospite il mantenimento dello stesso posto, che non deve essere occupato da altro utente durante il periodo di assenza.

Nel caso di assenza temporanea per ricovero ospedaliero la tariffa sanitaria è riconosciuta a condizione che l'ente gestore assicuri, all'ospite ricoverato, prestazioni di carattere assistenziali integrative e/o sostitutive dei famigliari. Di tali attività deve essere data evidenza nel FASAS e nelle registrazioni delle attività giornaliere.

Per i rientri in famiglia, se motivati nel PEI e autorizzati dall'ATS, i giorni di assenza rendicontabili possono essere aumentati fino a 50 per gli adulti e 90 per i minori.

Possono essere retribuite prestazioni erogate con la modalità del soggiorno climatico, indipendentemente dal periodo nel quale viene svolto, a condizione che:

- il soggiorno sia organizzato direttamente dal gestore e sia previsto nel P.A.I. della persona assistita
- sia garantito anche presso la destinazione climatica lo standard di personale previsto dall'accreditamento non venga superato il budget annuale.

Non possono essere pagate prestazioni per la fruizione contemporanea di più unità di offerta socio sanitarie. Fa eccezione il caso in cui la persona assistita in RSD che, a causa di un repentino deterioramento delle condizioni di salute, necessiti di prestazioni riabilitative, escluse quelle di mantenimento. In tal caso è necessario che vi sia un piano riabilitativo predisposto dal fisiatra e condiviso tra la struttura riabilitativa e la struttura socio sanitaria di provenienza dell'ospite.

- per CSS aggiungere:

  Le assenze temporanee di tutti gli ospiti, dovute a rientri in famiglia per festività, vacanze, malattie e ricoveri ospedalieri, possono essere esposte come giornate di presenza entro il limite massimo di dieci giorni, per un massimo di venti giorni annui per ospite, a condizione che venga garantito all'ospite il mantenimento dello stesso posto, che non deve essere occupato da altro utente durante il periodo di assenza.

  Per i rientri in famiglia, se motivati nel PEI e autorizzati dall'ATS, i giorni di assenza rendicontabili possono essere aumentati fino a 50 per gli adulti e 90 per i minori.

  Possono essere retribuite prestazioni erogate con la modalità del soggiorno climatico, indipendentemente dal periodo nel quale viene svolto, a condizione che:

  - il soggiorno sia organizzato direttamente dal gestore e sia previsto nel P.A.I. della persona assistita
  - sia garantito anche presso la destinazione climatica lo standard di personale previsto dall'accreditamento
  - non venga superato il budget annuale.

  Per gli utenti CSS, non possono essere pagate prestazioni per la fruizione contemporanea di più unità di offerta socio sanitarie, con esclusione di quelle di ADI e riabilitazione.

- per le unità di offerta residenziali per le dipendenze aggiungere:

  Le assenze temporanee di tutti gli ospiti, dovute a rientri in famiglia per festività, vacanze, malattie e ricoveri ospedalieri, possono essere esposte come giornate di presenza entro il limite massimo di dieci giorni, per un massimo di venti giorni annui per ospite, a condizione che venga garantito all'ospite il mantenimento dello stesso posto, che non deve essere occupato da altro utente durante il periodo di assenza.

  Ulteriori periodi di assenza, se motivati nel PAI e autorizzati dall'ATS, possono essere rendicontati fino a un massimo di 40 giorni.

  Per i soggetti in esecuzione penale, è altresì possibile la remunerazione delle assenze per permessi fino a 45 giorni.

  Nel budget di ciascuna struttura accreditata e a contratto dell'area dipendenze è compresa la remunerazione di prestazioni rese a favore di persone agli arresti domiciliari o affidati in prova in comunità terapeutiche.

- per le unità di offerta ambulatoriali per le dipendenze aggiungere:

I budget assegnati alle singole unità di offerta comprendono le entrate derivanti dall'incasso dei ticket vigenti nonché delle quote fisse aggiuntive previste dalla legge n. 111 del 15/7/2011 e definite con provvedimenti regionali.

- per i consultori familiari aggiungere:
  I budget assegnati alle singole unità di offerta comprendono le entrate derivanti dall'incasso dei ticket vigenti nonché delle quote fisse aggiuntive previste dalla legge n. 111 del 15/7/2011 e definite con provvedimenti regionali.
- per i CDI aggiungere:
  Le assenze temporanee di tutti gli ospiti, dovute a vacanze, malattie e ricoveri ospedalieri, possono essere esposte come giornate di presenza entro il limite massimo di dieci giorni, per un massimo di venti giorni annui per ospite, a condizione che venga garantito all'ospite il mantenimento dello stesso posto, che non deve essere occupato da altro utente durante il periodo di assenza.
  Con riferimento alle prestazioni rese dai CDI, la remunerazione corrisposta è legata alla frequenza effettiva degli utenti anziché agli orari di apertura delle strutture. Nelle more dell'applicazione di un sistema di remunerazione legato alla classificazione degli utenti, vige la seguente modalità di remunerazione: le prestazioni erogate a utenti che frequentano i CDI almeno per otto ore al giorno sono remunerate con la tariffa di € 29,60. Per gli utenti frequentanti il CDI part-time la tariffa giornaliera è abbattuta del 50% (euro 14,80).
  Possono essere retribuite prestazioni erogate con la modalità del soggiorno climatico, indipendentemente dal periodo nel quale viene svolto, a condizione che:
  - il soggiorno sia organizzato direttamente dal gestore e sia previsto nel P.A.I. della persona assistita;
  - sia garantito anche presso la destinazione climatica lo standard di personale previsto dall'accreditamento;
  - non venga superato il budget annuale.

  Non possono essere pagate prestazioni per la fruizione contemporanea di più unità di offerta socio sanitarie. Fa eccezione il caso in cui la persona assistita in CDI, a causa di un repentino deterioramento delle condizioni di salute, necessiti di prestazioni riabilitative, escluse quelle di mantenimento. In tal caso è necessario che vi sia un piano riabilitativo predisposto dal fisiatra e condiviso tra la struttura riabilitativa e la struttura socio sanitaria di provenienza dell'ospite.
- per i CDD aggiungere:
  Le assenze temporanee di tutti gli ospiti, dovute a vacanze, malattie e ricoveri ospedalieri, possono essere esposte come giornate di presenza entro il limite massimo di dieci giorni, per un massimo di venti giorni annui per ospite, a condizione che venga garantito all'ospite il mantenimento dello stesso posto, che non deve essere occupato da altro utente durante il periodo di assenza.
  Considerando l'obbligatorietà della progettazione educativa individuale e la collegialità della stesura dei progetti di intervento che caratterizza i CDD è prevista, la remunerazione per un massimo di quattro giornate annue per le attività di programmazione delle attività educativa personalizzata e per la verifica delle attività programmate. Tale remunerazione corrisponde alla media delle classi SIDI degli ospiti moltiplicata per le giornate di programmazione e verifica delle attività come sopra definite. Tale remunerazione comporta che l'attività risulti chiaramente evidenziata nelle schede personali riportanti i PEI di ogni singolo ospite per i quali viene richiesta la remunerazione.
  Possono essere retribuite prestazioni erogate con la modalità del soggiorno climatico, indipendentemente dal periodo nel quale viene svolto, a condizione che:
  - il soggiorno sia organizzato direttamente dal gestore e sia previsto nel P.A.I. della persona assistita;
  - sia garantito anche presso la destinazione climatica lo standard di personale previsto dall'accreditamento;

— non venga superato il budget annuale.

Le assenze per altri motivi, remunerate, possono essere aumentate, se documentate nel PEI e autorizzate dalla ATS:

— per gli adulti, fino a 30 giorni comprensivi di 4 giorni per programmazione educativa;
— per minori, fino a 30 giorni comprensivi di 4 giorni;
— per minori, tutti i giorni di frequenza scolastica superiore alle 4 ore a condizione che il gestore assicuri personale educativo.

Non possono essere pagate prestazioni per la fruizione contemporanea di più unità di offerta socio sanitarie. Fa eccezione il caso in cui la persona assistita in CDD, a causa di un repentino deterioramento delle condizioni di salute, necessiti di prestazioni riabilitative, escluse quelle di mantenimento. In tal caso è necessario che vi sia un piano riabilitativo predisposto dal fisiatra e condiviso tra la struttura riabilitativa e la struttura socio sanitaria di provenienza dell'ospite.

- per cure intermedie e strutture di riabilitazione aggiungere:

  È possibile utilizzare i posti letto a maggiore intensità riabilitativa per accogliere persone che necessitino di prestazioni di minore complessità, fermo restando che le tariffe riconoscibili sono quelle delle prestazioni effettivamente erogate.

  Per quanto riguarda le visite di presa in carico (prima visita/visita generale), è prevista la remunerazione della prima visita, sia nel caso in cui non ne scaturisca alcuna presa in carico riabilitativa, sia qualora ne esiti una presa in carico anche in altro regime o presso altra struttura.

  Come stabilito dalla DGR 10804/2009, le prestazioni ambulatoriali cosiddette "indirette" (colloquio con i familiari, riunioni con operatori di altri enti, stesura di relazioni), potranno essere remunerate, nell'ambito del budget assegnato, fino ad un massimo del 20% di quanto rendicontato per tutte le prestazioni ambulatoriali. All'interno di questo tetto di budget, vanno inclusi gli oneri a carico del FSR per la remunerazione delle visite di presa in carico.

  Con riguardo alle prestazioni in regime ambulatoriale e domiciliare, potrà essere erogato e remunerato un numero massimo di prestazioni fino ad un massimo del 130% del contrattualizzato, riferito alla singola tipologia, purché venga garantito il rispetto dei requisiti di accreditamento per queste prestazioni aggiuntive e compatibilmente con il budget assegnato.

  Con riferimento alla durata della seduta per riabilitazione ambulatoriale, per pazienti in età evolutiva (con età inferiore ai 18 anni), si riconferma quanto riportato nella DGR n. 4438/2007 che ha stabilito in 45 minuti la durata convenzionale di una singola seduta, con la possibilità di un massimo di 2 sedute (o trattamenti) per giornata a prescindere dalla tipologia di prestazione ricevuta.

  Con riguardo invece ai trattamenti ambulatoriali rivolti a pazienti adulti, potrà essere erogato e rendicontato solamente un trattamento per giornata.

  La tariffazione definita nei provvedimenti regionali, con riguardo alle prestazioni ambulatoriali, è riferita ad una seduta per cui possono essere previste più prestazioni. Al fine del conteggio delle sedute/trattamenti erogati, una seduta di gruppo viene considerata una sola prestazione a prescindere dal numero di partecipanti al gruppo (da un minimo di tre ad un massimo di cinque persone).

  In caso di ricovero di paziente minore:

  — per il genitore accompagnatore è previsto il posto letto e questo, in analogia con quanto già previsto per ricovero ospedaliero di paziente minore disabile con genitore accompagnatore, è remunerato ai sensi della DGR n. 29480/1997, riconfermata con DGR n. 35597/1998";
  — gli eventuali rientri in famiglia devono essere previsti dal piano e dal programma riabilitativo individuale, concordati con la famiglia e, se necessario, sostenuti con la messa a disposizione di un operatore da parte del gestore della struttura.

Per le prestazioni in regime residenziale per riabilitazione di mantenimento a favore di minori che frequentano attività scolastiche, il tetto di assenze remunerabili con oneri a carico del FSR, ove trovi specifiche e articolate motivazioni nell'ambito del Progetto Educativo Individuale con evidenza del rapporto del minore con la famiglia d'origine, può essere incrementato sino ad un massimo di 90 giorni su base annua.

I budget assegnati alle singole unità di offerta comprendono le entrate derivanti dall'incasso dei ticket vigenti nonché delle quote fisse aggiuntive previste dalla legge n. 111 del 15/7/2011 e definite con provvedimenti regionali.

- per i Centri Diurni Continui delle strutture di riabilitazione aggiungere:

  Vengono remunerate le prestazioni di riabilitazione in regime diurno continuo solo effettivamente rese (remunerazione a presenza).

  Le assenze temporanee di tutti gli ospiti del Centro Diurno Continuo, dovute a vacanze, malattie e ricoveri ospedalieri, possono essere esposte come giornate di presenza entro il limite massimo di dieci giorni, per un massimo di venti giorni annui per ospite, a condizione che venga garantito all'ospite il mantenimento dello stesso posto, che non deve essere occupato da altro utente durante il periodo di assenza.

  Per i minori ospiti del Centro Diurno Continuo, le assenze per altri motivi, remunerate, se documentate nel pri e autorizzate dalla ATS possono essere aumentate:

  — fino a 30 giorni
  — tutti i giorni di frequenza scolastica superiore alle 4 ore a condizione che il gestore assicuri personale educativo

SCHEMA DI APPENDICE CONTRATTUALE *(riportare nel testo dell'appendice solo i riferimenti normativi pertinenti alla specifica unità d'offerta).*

Appendice contrattuale: normativa richiamata all'art. 2 "Obblighi del soggetto gestore"

Normativa generale:

- D.G.R. 8 maggio 2014, n. X/1765, "Il sistema dei controlli in ambito sociosanitario: definizione degli indicatori di appropriatezza in attuazione della D.G.R. X/1185 del 20/12/2013";
- D.G.R. 31 ottobre 2014, n. X/2569, "Revisione del sistema di esercizio e accreditamento delle unità di offerta sociosanitarie e linee operative per le attività di vigilanza e controllo";

Normativa specifica:

RESIDENZE SANITARIO ASSISTENZIALI PER ANZIANI (RSA)

- D.G.R. 14 dicembre 2001, n. 7435, "Attuazione dell'art. 12, commi 3 e 4 della L.R. 11 luglio 1997, n. 31: Requisiti per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento delle Residenze Sanitario Assistenziali per Anziani (RSA)"
- D.G.R. 7 aprile 2003, n. 12618, "Definizione degli standard di personale per l'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento delle Residenze Sanitario Assistenziali per anziani (RSA) e prima revisione del sistema di remunerazione regionale (in attuazione della D.G.R. n. 7435 del 14 dicembre 2001)"

CENTRI DIURNI INTERGATI PER ANZIANI (CDI)

- D.G.R. 22 marzo 2002, n. 8494, "Requisiti per l'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento dei Centri diurni integrati"
- D.G.R. 9 maggio 2003, n. 12903, "Indirizzi e criteri per la remunerazione regionale dei Centri Diurni Integrati accreditati in attuazione della D.G.R. 22 marzo 2002, n. 8494"

RESIDENZE SANITARIO ASSISTENZIALI PER PERSONE CON DISABILITA' (RSD)

- D.G.R. 7 aprile 2003, n. 12620, "Definizione della nuova unità di offerta Residenza Sanitario Assistenziale per persone con disabilità (RSD). Attuazione dell'art. 12, comma 2 della L.R. 11 luglio 1997, n. 31"

CENTRI DIURNI PER PERSONE CON DISABILITA' (CDD)

- D.G.R. 23 luglio 2004, n. 18334, "Definizione della nuova unità di offerta Centro Diurno per persone con disabilità (CDD): requisiti per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento"

COMUNITA' ALLOGGIO SOCIOSANITARIA PER PERSONE CON DISABILITA' (CSS)

- D.G.R. 23 luglio 2004, n. 18333, "Definizione della nuova unità di offerta Comunità alloggio Socio Sanitaria per persone con disabilità (CSS): requisiti per l'accreditamento"

CURE INTERMEDIE E RIABILITAZIONE

- D.G.R. 16 dicembre 2004, n. 19883, "Riordino della rete delle attività di riabilitazione";
- D.G.R. 20 dicembre 2013, n. 1185, "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario regionale per l'esercizio 2014"

- D.G.R. 10 aprile 2015, n. 3383, "Attuazione delle DD.G.R. n. X/1185/2013 e n. X/2989/2014: prima applicazione di profili e requisiti sperimentali dell'unità d'offerta sociosanitaria cure intermedie"

ASSISTENZA DOMICIALIARE INTEGRATA (ADI)

- D.G.R. 30 maggio 2012, n. 3541, "Definizione dei requisiti specifici per l'esercizio e l'accreditamento dell'assistenza domiciliare integrata", rettificata dalla D.G.R. 6 giugno 2012, n. 3584
- D.G.R. 25 luglio 2012, n. 3851, "Determinazioni in ordine alle tariffe sperimentali dei nuovi profili dell'assistenza domiciliare integrata (ADI)"

HOSPICE

- D.G.R. 7 aprile 2003, n. 12619, "Attuazione dell'art. 12, commi 3 e 4 della L.R. 11 luglio 1997, n. 31. Requisiti per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento delle Strutture Residenziali per pazienti terminali, altrimenti dette Hospice"
- D.G.R. 28 dicembre 2012, n. 4610, "Determinazioni in ordine alla rete di cure palliative e alla rete di terapia del dolore in Regione Lombardia in applicazione della legge 38 del 15 marzo 2010, Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore"

CONSULTORI FAMILIARI

- D.G.R. 11 dicembre 2000, n. 2594, "Determinazioni in materia di autorizzazione al funzionamento del servizio per le attività consultoriali in ambito materno infantile"
- D.G.R. 26 gennaio 2001, n. 3264, "Determinazioni in materia di accreditamento del servizio per le attività consultoriali in ambito materno infantile a seguito della L.R. 12/8/1999, n. 15, L.R. 6/12/1999, n. 23 e L.R. 5/1/2000, n. 1 e conseguente revoca della D.G.R. n. 45251 del 24/9/1999, Determinazioni in merito all'art. 8, comma 4 e 7, del D.Lgs. 30/12/1992 n. 502 e successive modifiche, relativamente agli istituti dell'autorizzazione e dell'accreditamento dei consultori familiari pubblici e privati, e a seguito delle disposizioni normative in materia"

SERVIZI PER LE DIPENDENZE

- D.G.R. 7 aprile 2003, n. 12621, "Determinazione dei requisiti standard per l'autorizzazione l funzionamento e l'accreditamento dei servizi privati e pubblici per l'assistenza alle persone dipendenti da sostanze illecite e lecite (art. 12, comma 3 e 4, L.R. 31/1997) e indirizzi programmatici e direttive sull'organizzazione dei servizi territoriali dipendenze nelle ASL: Progetto Regionale Dipendenze"
- D.G.R. 10 ottobre 2007, n. 5509, "Determinazioni relative ai servizi accreditati nell'area dipendenze"
- D.G.R. 22 dicembre 2008, n. 8720, "Determinazioni in merito alla riqualificazione dei servizi ambulatoriali per le dipendenze"
- D.G.R. 31 luglio 2015, n. 3945, "Definizione della nuova unità d'offerta sociosanitaria a bassa intensità assistenziale nell'area delle dipendenze. Individuazione dei requisiti specifici di esercizio e di accreditamento".

Normativa relativa a particolari categorie di utenti con rilevanza rispetto al funzionamento di unità d'offerta sociosanitarie

- D.G.R. 26 giugno 2007, n. 5000, “Determinazioni relative alla assistenza di persone disabili presenti in strutture di riabilitazione”;
- D.G.R. 19 dicembre 2007, n. 6220, “Determinazioni in ordine alla assistenza di persone in stato vegetativo nelle strutture di competenza della direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale. Finanziamento a carico del Fondo Sanitario”;
- D.G.R. 6 agosto 2008, n. 7915, “Determinazioni in ordine al miglioramento qualiquantitativo dell’assistenza garantita a persone affette da sclerosi laterale amiotrofica e a persone che si trovano nella fase terminale della vita, con particolare attenzione alla terapia del dolore ed alle cure palliative a favore di pazienti oncologici”;
- D.G.R. 16 settembre 2009, n. 10160, “Determinazioni in merito agli interventi sperimentali per persone che si trovano in stato vegetativo e per persone affette da malattie dei motoneuroni, in particolare sclerosi laterale amiotrofica. Finanziamento a carico del Fondo Sanitario regionale”;
- D.G.R. 4 agosto 2011, n. 2124, “Linee di indirizzo per l’assistenza di persone in stato vegetativo: sperimentazione e finanziamento a carico del Fondo Sanitario”;
- D.G.R. 25 ottobre 2012, n. 4222, “Approvazione delle linee guida propedeutiche agli indirizzi per l’assistenza a persone in stato vegetativo nelle unità d’offerta sociosanitarie”;
- D.G.R. 28 dicembre 2012, n. 4598, “Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'anno 2013. Primo provvedimento attuativo”

SCHEDA DI NEGOZIAZIONE E FORMALIZZAZIONE DEL BUDGET

SCHEDA DI BUDGET

DENOMINAZIONE DELL'ATS

AGENZIA DI TUTELA DELLA SALUTE

SCHEDA DI NEGOZIAZIONE E FORMALIZZAZIONE DEL BUDGET

Codice struttura

Parte integrante e sostanziale del contratto sottoscritto in data

Validità dal al

Riferimenti provvedimento ATS

STRUTTURA

Tipologia **TIPOLOGIA DELL'UNITA' D'OFFERTA**

Denominazione

Indirizzo

Comune

ENTE GESTORE

Denominazione sociale

Comune sede legale

Legale rappresentante

Codice fiscale Partita IVA

POSTI / TRATTAMENTI

Autorizzati Accreditati A contratto

BUDGET DI PRODUZIONE

in regime residenziale o di ricovero

in regime semiresidenziale

in regime diurno

complessivo -

RSA: RISORSE AGGIUNTIVE ASSEGNATE AI SENSI DELLA D.G.R. N. 3996/2015

Letto e sottoscritto Luogo e data

DENOMINAZIONE DELL'ATS

Il Direttore Generale (o suo delegato) Il Legale Rappresentante (o suo delegato)

Sub Allegato 11

DRG PEDIATRICI DI ALTA SPECIALITA'
001 C-CRANIOTOMIA, ETA' > 17 ANNI CON CC
002 C-CRANIOTOMIA, ETA' > 17 ANNI SENZA CC
003 C-CRANIOTOMIA, ETA' < 18 ANNI
007 C-INTERVENTI SU NERVI PERIFERICI E CRANICI E ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA NERVOSO CON CC
027 M-STATO STUPOROSO E COMA DI ORIGINE TRAUMATICA, COMA > 1 ORA
049 C-INTERVENTI MAGGIORI SUL CAPO E SUL COLLO
075 C-INTERVENTI MAGGIORI SUL TORACE
076 C-ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RESPIRATORIO CON CC
103 C-TRAPIANTO DI CUORE O IMPIANTO DI SISTEMA DI ASSISTENZA CARDIACA
104 C-INTERVENTI SULLE VALVOLE CARDIACHE E ALTRI INTERVENTI MAGGIORI CARDIOTORACICI CON CATETERISMO CARDIACO
105 C-INTERVENTI SULLE VALVOLE CARDIACHE E ALTRI INTERVENTI MAGGIORI CARDIOTORACICI SENZA CATETERISMO CARDIACO
106 C-BYPASS CORONARICO CON PTCA
108 C-ALTRI INTERVENTI CARDIOTORACICI
110 C-INTERVENTI MAGGIORI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE CON CC
111 C-INTERVENTI MAGGIORI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE SENZA CC
126 M-ENDOCARDITE ACUTA E SUBACUTA
146 C-RESEZIONE RETTALE CON CC
147 C-RESEZIONE RETTALE SENZA CC
149 C-INTERVENTI MAGGIORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE SENZA CC
150 C-LISI DI ADERENZE PERITONEALI CON CC
152 C-INTERVENTI MINORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE CON CC
170 C-ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO DIGERENTE CON CC
191 C-INTERVENTI SU PANCREAS, FEGATO E DI SHUNT CON CC
192 C-INTERVENTI SU PANCREAS, FEGATO E DI SHUNT SENZA CC
193 C-INTERVENTI SULLE VIE BILIARI ECCETTO COLECISTECTOMIA ISOLATA CON O SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE CON CC

194 C-INTERVENTI SULLE VIE BILIARI, ECCETTO COLECISTECTOMIA ISOLATA CON O SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE SENZA CC
198 C-COLECISTECTOMIA ECCETTO LAPAROSCOPICA SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE SENZA CC
199 C-PROCEDURE DIAGNOSTICHE EPATOBILIARI PER NEOPLASIE MALIGNE
200 C-PROCEDURE DIAGNOSTICHE EPATOBILIARI NON PER NEOPLASIE MALIGNE
201 C-ALTRI INTERVENTI EPATOBILIARI O SUL PANCREAS
212 C-INTERVENTI SU ANCA E FEMORE, ECCETTO ARTICOLAZIONI MAGGIORI, ETA' < 18 ANNI
213 C-AMPUTAZIONI PER MALATTIE DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO
233 C-ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO CON CC
238 M-OSTEOMIELITE
286 C-INTERVENTI SUL SURRENE E SULLA IPOFISI
292 C-ALTRI INTERVENTI PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI E METABOLICHE CON CC
302 C-TRAPIANTO RENALE
303 C-INTERVENTI SU RENE E URETERE PER NEOPLASIA
304 C-INTERVENTI SU RENE E URETERE, NON PER NEOPLASIA CON CC
305 C-INTERVENTI SU RENE E URETERE, NON PER NEOPLASIA SENZA CC
308 C-INTERVENTI MINORI SULLA VESCICA CON CC
315 C-ALTRI INTERVENTI SUL RENE E SULLE VIE URINARIE
334 C-INTERVENTI MAGGIORI SULLA PELVI MASCHILE CON CC
335 C-INTERVENTI MAGGIORI SULLA PELVI MASCHILE SENZA CC
353 C-EVISCERAZIONE PELVICA, ISTERECTOMIA RADICALE E VULVECTOMIA RADICALE
357 C-INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI PER NEOPLASIE MALIGNE DELL'OVAIO O DEGLI ANNESSI
386 M-NEONATI GRAVEMENTE IMMATURI O CON SINDROME DA DISTRESS RESPIRATORIO
387 M-PREMATURITA' CON AFFEZIONI MAGGIORI
401 C-LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI CON CC
403 M-LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON CC
405 M-LEUCEMIA ACUTA SENZA INTERVENTI CHIRURGICI MAGGIORI, ETA' < 18 ANNI
406 C-ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE CON INTERVENTI MAGGIORI CON CC
407 C-ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE CON INTERVENTI MAGGIORI

SENZA CC
424 C-INTERVENTI CHIRURGICI DI QUALUNQUE TIPO IN PAZIENTI CON DIAGNOSI PRINCIPALE DI MALATTIA MENTALE
442 C-ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI PER TRAUMATISMO CON CC
471 C-INTERVENTI MAGGIORI BILATERALI O MULTIPLI SULLE ARTICOLAZIONI DEGLI ARTI INFERIORI
473 M-LEUCEMIA ACUTA SENZA INTERVENTI CHIRURGICI MAGGIORI, ETA' > 17 ANNI
479 C-ALTRI INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE SENZA CC
480 C-TRAPIANTO DI FEGATO E/O TRAPIANTO DI INTESTINO
481 C-TRAPIANTO DI MIDOLLO OSSEO
482 C-TRACHEOSTOMIA PER DIAGNOSI RELATIVE A FACCIA, BOCCA E COLLO
484 C-CRANIOTOMIA PER TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI
485 C-REIMPIANTO DI ARTI, INTERVENTI SU ANCA E FEMORE PER TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI
486 C-ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI PER TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI
487 M-ALTRI TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI
488 C-H.I.V. ASSOCIATO AD INTERVENTO CHIRURGICO ESTESO
489 M-H.I.V. ASSOCIATO AD ALTRE PATOLOGIE MAGGIORI CORRELATE
491 C-INTERVENTI SU ARTICOLAZIONI MAGGIORI E REIMPIANTI DI ARTI SUPERIORI
493 C-COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE CON CC
492 - CHEMIOTERAPIA ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA O CON USO DI ALTE DOSI DI AGENTI CHEMIOTERAPICI
495 C-TRAPIANTO DI POLMONE
496 C-ARTRODESI VERTEBRALE CON APPROCCIO ANTERIORE/POSTERIORE COMBINATO
497 C-ARTRODESI VERTERBALE ECCETTO CERVICALE CON CC
498 C-ARTRODESI VERTEBRALE ECCETTO CERVICALE SENZA CC
499 C-INTERVENTI SU DORSO E COLLO ECCETTO PER ARTRODESI VERTEBRALE CON CC
504 C-USTIONI ESTESE O USTIONI A TUTTO SPESSORE CON VENTILAZIONE MECCANICA >= 96 ORE CON INNESTO DI CUTE
505 M-USTIONI ESTESE O USTIONI A TUTTO SPESSORE CON VENTILAZIONE MECCANICA >= 96 ORE SENZA INNESTO DI CUTE
506 C-USTIONI ESTESE A TUTTO SPESSORE CON INNESTO DI CUTE O LESIONE DA INALAZIONE CON CC O TRAUMA SIGNIFICATIVO
507 C-USTIONI ESTESE A TUTTO SPESSORE CON INNESTO DI CUTE O LESIONE DA INALAZIONE SENZA CC O TRAUMA SIGNIFICATIVO

512 C-TRAPIANTO SIMULTANEO DI PANCREAS/RENE
513 C-TRAPIANTO DI PANCREAS
515 C-IMPIANTO DI DEFIBRILLATORE CARDIACO SENZA CATETERISMO CARDIACO
519 C-ARTRODESI VERTERBRALE CERVICALE CON CC
520 C-ARTRODESI VERTEBRALE CERVICALE SENZA CC
525 C-IMPIANTO DI ALTRO SISTEMA DI ASSISTENZA CARDIACA
528 C-INTERVENTI VASCOLARI INTRACRANICI CON DIAGNOSI PRINCIPALE DI EMORRAGIA
529 C-INTERVENTI DI ANASTOMOSI VENTRICOLARE CON CC
530 C-INTERVENTI DI ANASTOMOSI VENTRICOLARE SENZA CC
531 C-INTERVENTI SUL MIDOLLO SPINALE CON CC
532 C-INTERVENTI SUL MIDOLLO SPINALE SENZA CC
535 C-IMPIANTO DI DEFIBRILLATORE CARDIACO CON CATETERISMO CARDIACO CON IMA, INSUFFICIENZA CARDIACA O SHOCK
536 C-IMPIANTO DI DEFIBRILLATORE CARDIACO CON CATETERISMO CARDIACO SENZA IMA, INSUFFICIENZA CARDIACA O SHOCK
537 C-ESCISSIONE LOCALE E RIMOZIONE DI MEZZI DI FISSAZIONE INTERNA ECCETTO ANCA E FEMORE CON CC
539 C-LINFOMA E LEUCEMIA CON INTERVENTI CHIRURGICI MAGGIORI CON CC
540 C-LINFOMA E LEUCEMIA CON INTERVENTI CHIRURGICI MAGGIORI SENZA CC
541 C-ECMO O TRACHEO.CON VENT.MECC.>= 96H O DIAGN.PRINC.NON RELAT. FACCIA BOCCA COLLO CON INT.CHIR.MAGGIORE
542 C-TRACHEO. CON VENT. MECC.>= 96H O DIAGN. PRINC.NON RELATIVA A FACCIA BOCCA COLLO SENZA INT. CHIR. MAGGIORE
543 C-CRANIOT. CON IMPIANTO DI DISPOSITIVO MAGGIORE O DIAGN. PRINC. DI PATOLOGIA ACUTA COMPLESSA DEL SISTEMA NERVOSO CENTR.
544 C-SOSTITUZIONE DI ARTICOLAZIONI MAGGIORI O REIMPIANTO DEGLI ARTI INFERIORI
545 C-REVISIONE DI SOSTITUZIONE DELL'ANCA O DEL GINOCCHIO
546 C-ARTRODESI VERTERBALE ECCETTO CERVICALE CON DEVIAZIONE DELLA COLONNA VERTEBRALE O NEOPLASIA MALIGNA
547 C-BYPASS CORONARICO CON CATETERISMO CARDIACO CON DIAGNOSI CARDIOVASCOLARE MAGGIORE
548 C-BYPASS CORONARICO CON CATETERISMO CARDIACO SENZA DIAGNOSI CARDIOVASCOLARE MAGGIORE
549 C-BYPASS CORONARICO SENZA CATETERISMO CARDIACO CON DIAGNOSI CARDIOVASCOLARE MAGGIORE
550 C-BYPASS CORONARICO SENZA CATETERISMO CARDIACO SENZA DIAGNOSI CARDIOVASCOLARE

MAGGIORE
551 C-IMPIANTO DI PACEMAKER CARD. PERMAN. CON DIAGN.CARDIOV. MAGG. O DI DEFIBRIL. AUTOMATICO(AICD) O DI GENERATORE DI IMPULSI
552 C-ALTRO IMPIANTO DI PACEMAKER CARDIACO PERMANENTE SENZA DIAGNOSI CARDIOVASCOLARE MAGGIORE
553 C-ALTRI INTERVENTI VASCOLARI CON CC CON DIAGNOSI CARDIOVASCOLARE MAGGIORE
554 C-ALTRI INTERVENTI VASCOLARI CON CC SENZA DIAGNOSI CARDIOVASCOLARE MAGGIORE
555 C-INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE PER VIA PERCUTANEA CON DIAGNOSI CARDIOVASCOLARE MAGGIORE
560 M-INFEZIONI BATTERICHE E TUBERCOLOSI DEL SISTEMA NERVOSO
561 M-INFEZIONI NON BATTERICHE DEL SISTEMA NERVOSO ECCETTO MENINGITE VIRALE
565 M-DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RESPIRATORIO CON RESPIRAZIONE ASSISTITA >= 96 ORE
566 M-DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RESPIRATORIO CON RESPIRAZIONE ASSISTITA < 96 ORE
569 C-INTERVENTI MAGGIORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE CON CC CON DIAGNOSI GASTROINTESTINALE MAGGIORE
570 C-INTERVENTI MAGGIORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE CON CC SENZA DIAGNOSI GASTROINTESTINALE MAGGIORE
573 C-INTERVENTI MAGGIORI SULLA VESCICA
575 M-SETTICEMIA CON VENTILAZIONE MECCANICA >= 96 ORE, ETA' > 17 ANNI
578 C-MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE CON INTERVENTO CHIRURGICO
579 C-INFEZIONI POST-OPERATORIE O POST-TRAUMATICHE CON INTERVENTO CHIRURGICO

Sub Allegato 12

Aggiornamento DGR n. X/3654/2015 "APPROVAZIONE DEL PIANO REGIONALE DI PREVENZIONE 2015-2018, AI SENSI DELL'INTESA STATO REGIONI DEL 13 NOVEMBRE 2014".

A conclusione del percorso Ministero della Salute - Regioni ai sensi dell'Accordo REP. Atti 56/CSR del 25 marzo 2015 di approvazione del "Documento di valutazione del Piano Nazionale Prevenzione 2014-2018" e a correzione di meri errori redazionali, si integra e aggiorna il documento "APPROVAZIONE DEL PIANO REGIONALE DI PREVENZIONE 2015-2018, AI SENSI DELL'INTESA STATOREGIONI DEL 13 NOVEMBRE 2014", approvato con DGR n. X/3654/2015 come di seguito riportato.

Si segnala che, a seguito dell'approvazione della L.R. n. 23/2015 che riorganizza il Sistema Sanitario Regionale, nelle note sottostanti il termine ASL è stato sostituito con ATS.

- **Programma. 2: "SCUOLE CHE PROMUOVONO SALUTE – RETE SPS/SHE LOMBARDIA"**
  Pagina 59: dopo il primo capoverso *"…attraverso interventi di provata efficacia o raccomandati (definiti "buone pratiche"),* è aggiunta la seguente integrazione:
  "Tra gli obiettivi del programma si inserisce il contrasto al fumo passivo; in tal senso il SSR si attiverà per orientare le scuole a realizzare policy di ambienti smoking free sia per controllare e aumentare l'adesione a quanto già previsto dalle norme, sia per sensibilizzare i fumatori sulla tematica, sia per favorire l'assenza di utilizzo di tabacco negli spazi attigui alle scuole (ad es. piazzali etc)."

- **Programma. 3: "PROMOZIONE DELLA SALUTE DEL BAMBINO E DELLA MAMMA NEL PERCORSO NASCITA"**
  Pagina 69: è aggiunto il seguente indicatore sentinella

Titolo	**Screening neonatale (audiologico e oftalmologico) % di nuovi punti nascita che effettuano sistematicamente lo screening**				
Programma	**3 - PROMOZIONE DELLA SALUTE DEL BAMBINO E DELLA MAMMA NEL PERCORSO NASCITA**				
Azione/Programma	A3.6/P.3.4				
Obiettivo specifico	**Mettere a sistema su scala regionale il flusso screening neonatale**				
Definizione	Punti nascita che hanno attivato il flusso screening neonatale				
Numeratore	Punti nascita che hanno attivato il flusso screening neonatale (A)				
Denominatore	Totale punti nascita (B)				
Formula matematica	A/B%				
Fonte	Sistemi informativi regionale				
Regione Lombardia	Baseline 2014	2015	2016	2017	2018
Valore	0%	0%	30%	60%	100%

- **Programma. 4: "PROMOZIONE STILI DI VITA FAVOREVOLI ALLA SALUTE NELLE COMUNITÀ"**
  Pagina 73: alla fine della sezione trasversalità è aggiunta la seguente frase:
  "Nell'ambito dell'azione trasversale Il riferimento a politiche urbanistiche, di inclusione, e la collaborazione con il network Città Sane – OMS, il coinvolgimento a largo spettro delle comunità, mette alla prova la capacity building delle ASL: si tratta non solo di attivare progetti spot, ma di coinvolgere i principali attori del territorio nel costruire la salute. La Scuola ricopre il ruolo di elemento chiave per attivare le comunità e viceversa: ad esempio i pedibus possono essere condotti da associazioni di anziani favorendo al contempo attività fisica in anziani e giovani."

Pagina 75: sono aggiunti i seguenti indicatori sentinella

Titolo	Mense orientate alla sana alimentazione				
Programma	**4 - PROMOZIONE STILI DI VITA FAVOREVOLI ALLA SALUTE NELLE COMUNITÀ**				
Azione/Programma	A4.4 e A4.1 / P4.5 P4.1 P4.2				
Obiettivo specifico	Aumentare il consumo di frutta e verdura, ridurre il consumo di sale e contrastare la carenza iodica				
Definizione	Monitoraggio di mense orientate che offrono sistematicamente pane a basso contenuto di sale				
Numeratore	Capitolati di mense di strutture scolastiche, strutture sanitarie e sociosanitarie e aziendali che offrono sistematicamente pane a basso contenuto di sale (A)				
Denominatore	Totale mense scolastiche, strutture sanitarie e sociosanitarie e aziendali (B)				
Formula matematica	A/B%				
Fonte	Rilevazione regionale				
Regione Lombardia	Baseline 2013	2015	2016	2017	2018
Valore	Non conosciuto	10%	12%	15%	18%

Titolo	Attività fisica nella popolazione adulta				
Programma	**4 - PROMOZIONE STILI DI VITA FAVOREVOLI ALLA SALUTE NELLE COMUNITÀ**				
Azione/Programma	A4.4 e A4.1 / P4.5 P4.1 P4.2				
Obiettivo specifico	Aumentare l'attività fisica nella popolazione adulta				
Definizione	Aziende della rete WHP che hanno attivato buone pratiche in tema di attività fisica				
Numeratore	N° di Aziende della rete WHP che hanno attivato buone pratiche in tema di attività fisica (A)				
Denominatore	Totale Aziende della rete WHP (B)				
Formula matematica	A/B%				
Fonte	Rilevazione regionale				
Regione Lombardia	Baseline 2013	2015	2016	2017	2018
Valore	35%	38%	40%	40%	45%

- **Programma. 5: "SCREENING ONCOLOGICI"**

  Pagina 82: nella tabella, nella colonna Azioni, è stata integrata l'Azione A5.8 come sotto riportato *(in corsivo)*

Quadro delle azioni ed elementi principali di pianificazione				
OBIETTIVO SPECIFICO REGIONALE	**AZIONI**	**TARGET principale**	**SOSTENIBILITA'**	**RISCHI**
P5.5 **P5.6** **P5.7**	A5.8 Formazione e attivazione gruppi di lavoro finalizzati al miglioramento continuo dell'appropriatezza (qualità, innovazione, valutazione, comunicazione) delle prestazioni di 1° e 2°livello *e finalizzati alla definizione e implementazione di un percorso dedicato alla presa in carico della problematica del carcinoma eredo familiare della mammella*	Sistema Operatori dei "percorsi di screening" (radiologi, tecnici di radiologia, anatomo patologi, fisica medica, endoscopisti, infermieri, ostetriche, epidemiologi, igienisti, responsabili comunicazione, risk manager, ecc.)	Attività di sistema non esposte a rischi di sostenibilità economica e organizzativa	-

- **Programma. 6: "PREVENZIONE DELLA CRONICITA'"**

  Pagina 87: sono aggiunti i seguenti indicatori sentinella

Titolo	**Definizione di indirizzi regionali per la diagnosi precoce e presa in carico della patologia cronica**				
Programma	**6 - PREVENZIONE DELLA CRONICITA'**				
Azione/Programma	A6.2/P6.1 e P6.2				
Obiettivo specifico	Definire linee di indirizzo regionali e relativa messa "a sistema" nel servizio sociosanitario regionale				
Definizione	Realizzazione di indirizzi regionali per le ATS per attivare percorsi di presa in carico della patologia cronica				
Numeratore	Recepimento nei documenti di programmazione annuale delle ATS degli indirizzi regionali				
Denominatore	Totale ATS (B)				
Formula matematica	A/B%				
Fonte	Rilevazione regionale				
Regione Lombardia	Baseline 2014	2015	2016	2017	2018
Valore	30%	Da 35%	40%	50%	55%

Titolo	**Attivazione percorsi di promozione dell'attività fisica rivolti ai pz con patologie croniche**				
Programma	**6 - PREVENZIONE DELLA CRONICITA'**				
Azione/Programma	A6.2/P6.3				
Obiettivo specifico	Attivare percorsi di offerta nelle ATS				
Definizione	ATS che hanno attivato percorsi di promozione dell'attività fisica ai pz con patologie croniche				
Numeratore	N° ATS che hanno attivato percorsi di promozione dell'attività fisica ai pz con patologie croniche				
Denominatore	Totale ATS (B)				
Formula matematica	A/B%				
Fonte	Rilevazione regionale				
Regione Lombardia	Baseline 2014	2015	2016	2017	2018
Valore	0%	0%	10%	10%	20%

Titolo	Aumentare la consapevolezza in tema di incidenti domestici				
Programma	**6 - PREVENZIONE DELLA CRONICITA'**				
Azione/Programma	A6.5/P6.4				
Obiettivo specifico	Aumentare disponibilità di informazioni per una maggiore competenza e consapevolezza genitoriale				
Definizione	Monitoraggio delle attività di prevenzione nell'ambito della redazione e diffusione di documenti di informazione delle ATS, anche in accordo con: i punti nascita per l'informazione ai genitori, con le associazioni di caregiver, con le strutture sanitarie e sociosanitarie, con le aziende				
Numeratore	N° ATS che hanno attivato attività informativa (A)				
Denominatore	Totale ATS (B)				
Formula matematica	A/B%				
Fonte	Rilevazione regionale				
Regione Lombardia	Baseline 2014	2015	2016	2017	2018
Valore	0%	0%	10%	10%	20%

- **Programma. 7: "RETE REGIONALE PER LA PREVENZIONE DELLE DIPENDENZE"**

Pagina 93: nella definizione dell'indicatore sentinella è stata inserita la frase sottostante (in corsivo)

Titolo	**NUMERO "PIANI LOCALI DI PREVENZIONE DIPENDENZE" (PLPD) COERENTI CON "BUONE PRATICHE**				
Programma	**7 - RETE REGIONALE PER LA PREVENZIONE DELLE DIPENDENZE**				
Azione/Programma	A7.1-3 7.6-10/P.7				
Obiettivo specifico	**Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione (*life skills/empowerment*), la percezione del rischio e l'adozione di comportamenti sani nella popolazione giovanile/adulta in relazione all'area dipendenze**				
Definizione	Proporzione di "Piani locali di prevenzione dipendenze" coerenti con le buone pratiche. *L'indicatore fa riferimento ad Atto di giunta (DGR IX/4225/12 "Adozione del piano di azione regionale per le dipendenze") che ha la massima cogenza e che definisce i criteri dei piani come da obiettivi aziendali assegnati ai Direttori Generali delle ASL*				
Numeratore	n. ASL con "Piani locali di prevenzione dipendenze" coerenti con le buone pratiche				
Denominatore	n. ASL				
Formula matematica	n. ASL con indirizzi coerenti/ n. ASL x 100				
Fonte	Rendicontazione regionale				
Regione Lombardia	Baseline 2014	2015	2016	2017	2018
Valore	30% delle ASL	30% delle ASL	40% delle ASL	70% delle ASL	100% delle ASL

Pagina 95: è stata aggiunta l'azione A7.11 *(in corsivo)*

Quadro delle azioni ed elementi principali di pianificazione				
OBIETTIVO SPECIFICO REGIONALE	**AZIONI**	**TARGET principale**	**SOSTENIBILITA'**	**RISCHI**
P7.7	*Attivare programmi di prevenzione dell'incidentalità stradale in collaborazione con il Centro Regionale di Monitoraggio della sicurezza stradale, ed in coerenza con le indicazioni della Commissione Europea in materia di sicurezza stradale per il decennio 2011-2020 e gli obiettivi del Piano Nazionale della Sicurezza Stradale "Orizzonte 2020", nell'ambito del programma Aziende che Promuovono Salute – rete WHP Lombardia (Area Sicurezza Stradale ed Area Contrasto delle dipendenze)*	*popolazione - lavoratori*		**-**

- **Programma 8 - "RIDURRE LA FREQUENZA DI INFEIONI/MALATTIE INFETTIVE PRIORITARIE"**

Pagina 102: sono aggiunti i seguenti indicatori sentinella

Titolo	**Mantenere le coperture vaccinali**				
Programma	**9 - RIDURRE LA FREQUENZA DI INFEZIONI/MALATTIE INFETTIVE PRIORITARIE**				
Azione/Programma	A9.7.2				
Obiettivo specifico	Aumentare le e coperture vaccinali				
Definizione	Coperture vaccinale anti DTPa, Poliomielite, Epatite B, Hib nei nuovi nati				
Numeratore	N° nuovi nati vaccinati con ciclo completo al 24 mese				
Denominatore	Totale nuovi nati residenti (B)				
Formula matematica	A/B%				
Fonte	Coperture vaccinali* (per 100 abitanti), calcolate sui riepiloghi inviati dalle Regioni e PP.AA (vedi tabella 1 PNP)				
Regione Lombardia	Baseline 2014	2015	2016	2017	2018

Valore	>95%	>95%	>95%	>95%	>95%

- **Programma. 9 "TUTELA DELLA SALUTE E SICUREZZA DEL LAVORATORE"**

A pag. 114, per l'azione A9.2.3 - Promozione dell'utilizzo di strumenti di enforcement quali l'audit , alla colonna SOSTENIBILITÀ, è aggiunta la frase sottostante:

Quadro delle azioni ed elementi principali di pianificazione				
OBIETTIVO SPECIFICO REGIONALE	**AZIONI**	**TARGET principale**	**SOSTENIBILITA'**	**RISCHI**
P9.2	A9.2.3 - Promozione dell'utilizzo di strumenti di *enforcement* quali l'audit	Sistema	*Laboratori di Approfondimento e Comitato Regionale di Coordinamento art. 7 DLgs 81/08 che, mediante le interrogazioni del Data Ware House - area "provvedimenti" (c.d. banca dati delle prescrizioni) – già parte integrante del Sistema Informativo della Prevenzione I.M.Pre.S@ - in coerenza con gli atti di indirizzo del Comitato di Coordinamento art. 5 DLgs 81/08 presso il Ministero della Salute, monitorano l'entità e la qualità dell'azione di controllo*	**-**

- **PROGRAMMA. 11 "PIANO DEI CONTROLLI SULLE SOSTANZE CHIMICHE"**

Stante la richiesta del Ministero Salute "… *se possa essere considerata in via una prima reportistica anticipata rispetto al 2018 anche in relazione alla pianificazione dei futuri PNC e all'eventuali proposte nazionali di modifica al REACH/CLP o altra norma di prodotto che possano ridurre le emergenze su specifico tema*", la DG Welfare – fatto salvo il rispetto delle fasi e degli impegni programmatori per il riordino del Sistema Sanitario Regionale previsto dalla L.R. n. 23/2015 - definirà di concerto con le Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST) sede di Centro Antiveleni (CAV), anche attraverso l'eventuale perfezionamento degli attuali flussi informativi, il contenuto di report consuntivi al Ministero della Salute da trasmettere prima della conclusione del PRP (P.11.1.2).

- **PROGRAMMA. 13 "SICUREZZA ALIMENTARE PER LA TUTELA DEL CONSUMATORE E SANITÀ PUBBLICA VETERINARIA"**

MOC	**Indicatore Obiettivo centrale**	**Obiettivo specifico regionale**	**Indicatore di programma**	**Valore regionale Baseline**	**Fonte**	**Valore regionale atteso 2018**
10	10.11.1	**P13.11** **Formare adeguatamente in merito alle tecniche e all'organizzazione e del controllo ufficiale**	13.11.1 - Percentuale di personale formato per il corso base previsto dall'accordo, sul totale del personale afferente ai Servizi dell'Autorità competente	Formazione relativa ad aspetti specifici del controllo ufficiale inserita nel piano di formazione annuale regionale/aziendale	Regione	Inserimento nel piano formativo regionale e aziendale annuale di corsi ai sensi dell'Accordo Stato Regioni

Relativamente all'Obiettivo specifico regionale P13.11, per garantire il raggiungimento dello standard centrale "*100% del personale addetto al controllo ufficiale delle ACL e ACR è formato per il primo percorso (di approfondimento del pacchetto igiene) entro il 2018. -100% delle Regioni hanno programmato il mantenimento della formazione del personale precedentemente formato sugli argomenti del primo percorso*", si procederà come di seguito riportato:

- Rilevazione del personale SIAN e DPV da formare: tabella del Country Profile 2015, aggiornata al personale effettivamente in servizio nel 2016 e con proiezione al 2018
- Rilevazione del personale già formato sul primo percorso definito dall'Accordo Stato Regioni 07 Febbraio 2013 (corsi di formazione realizzati dall'ACR e conseguente formazione a cascata dell'ACL, con verifica della congruenza del programma).
- Indicazioni alle ACL al fine dell'inserimento nel piano formativo aziendale annuale di corsi ai sensi dell'Accordo Stato Regioni, con definizione della percentuale di personale da formare ogni anno pari al 30%
- Inserimento nel piano formativo regionale annuale di corsi relativi ad aspetti specifici del controllo ufficiale, al fine del mantenimento della formazione del personale precedentemente formato sugli argomenti del primo percorso, ai sensi dell'Accordo Stato Regioni del 7 febbraio 2015.
- Predisposizione di un format di rendicontazione per le ACL al fine del monitoraggio della formazione effettuata annualmente

Viene inoltre aggiunto un nuovo indicatore sentinella

Titolo	**Formare adeguatamente in merito alle tecniche e all'organizzazione del controllo ufficiale**				
Programma	**13 – SICUREZZA ALIMENTARE PER LA TUTELA DEL CONSUMATORE E SANITA' PUBBLICA VETERINARIA**				
Azione/Programma	P13.11				
Obiettivo specifico	100% del personale addetto al controllo ufficiale delle ACL e ACR è formato per il primo percorso (di approfondimento del pacchetto igiene) entro il 2018				
Definizione	Formazione del personale addetto al controllo ufficiale ai sensi dell'accordo Stato-Regioni del 7 febbraio 2013				
Numeratore	N° operatori formati (A)				
Denominatore	N° operatori da formare (B)				
Formula matematica	A/B%				
Fonte	Rilevazione regionale				
Regione Lombardia	Baseline 2014	2015	2016	2017	2018
Valore	-	10 %	40%	70%	100%

QUADRO D'INSIEME INDICATORI REGIONALI

Da pagina 148 in poi sono stati sostituiti gli indicatori nella colonna Standard RL (in grassetto), come di seguito riportato.

MOC 1. Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili								
Obiettivo centrale	**Codice indic.**	**Nome indicatore**	**Definizione operativa**	**Valore Baseline**	**Valore Baseline RL**	**Standard**	**Standard RL**	**Fonte dei dati**
1.3. Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione (life skill, empowerment) e l'adozione di comportamenti sani (alimentazione, attività fisica, fumo e alcol) nella popolazione giovanile e adulta	1.3.1	Proporzione di istituti scolastici che aderiscono (con almeno l'80% delle classi) alla progettazione regionale specifica	Proporzione di istituti scolastici di ogni ordine e grado che aderiscono, sulla base di un accordo stipulato tra Regione e Ufficio Scolastico Regionale, ai programmi di promozione della salute nel contesto scolastico con almeno l'80% delle classi target	Ogni Regione individua il proprio valore baseline	n. 262 istituti pari al 22% (anno 2014) Fonte USR/MIUR 2013/2014	Ogni Regione individua il suo standard. Lo standard nazionale è: 100% delle Regioni raggiunge almeno l'80% dello standard individuato dalla Regione stessa (con un minimo del 10% di scuole coinvolte)	copertura pari al **40%** degli istituti pubblici (circa 350 IC)	Regione
1.4. Ridurre il numero di fumatori	1.4.1	Prevalenza di fumatori nella popolazione	Prevalenza di fumatori di età 18-69 anni	Anno 2013: 27,2%	24,4% ISTAT Multiscopo Salute 2013	-10,0%	**≤22%**	Istat. Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana"
1.5. Estendere la tutela dal fumo passivo	1.5.1	Prevalenza di persone che riferiscono che nel proprio ambiente di lavoro il divieto di fumo è sempre o quasi sempre rispettato	Prevalenza di persone di età 18-69 anni che lavorano in locali chiusi e che rispondono "sempre" o "quasi sempre" alla domanda sul rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro	Anno 2013: 91,4%	96,5% RL EUPOLIS survey 2013	+5%	**≥96.5%**	RL Aggiornamento dati ISTAT nell'ambito del "Piano di valorizzazione dei contenuti dell'Indagine Istat Salute 2013 e Aspetti della vita quotidiana" coordinato da Regione Piemonte Eventuale integrazione con Survey regionale (Éupolis) dedicata
1.6. Ridurre il consumo di alcol a rischio	1.6.1	Prevalenza di consumatori di alcol a rischio	Prevalenza di persone di età 18-69 anni con consumo a rischio di alcol (consumo abituale elevato + consumo binge + consumo fuori pasto)	Anno 2013: 16,7%	25,4% ISTAT "Aspetti di vita quotidiana 2013"	-15%	**≤22%**	Istat. Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana"
1.7. Aumentare il consumo di frutta e verdura	1.7.1-2	Prevalenza delle persone che consumano almeno 3 porzioni di frutta e/o verdura al giorno	Prevalenza di persone di età 18-69 anni che consumano abitualmente 3 o più porzioni di frutta e/o verdura al giorno	Anno 2013: 46,7%	50,3% RL EUPOLIS survey 2013	+10%	**≥53%**	RL Aggiornamento dati ISTAT nell'ambito del "Piano di valorizzazione dei contenuti dell'Indagine Istat Salute 2013 e Aspetti della vita quotidiana" coordinato da Regione Piemonte Eventuale integrazione con Survey regionale (Éupolis) dedicata

MOC 1. Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili								
Obiettivo centrale	**Codice indic.**	**Nome indicatore**	**Definizione operativa**	**Valore Baseline**	**Valore Baseline RL**	**Standard**	**Standard RL**	**Fonte dei dati**
1.8. Ridurre il consumo eccessivo di sale	1.8.2	Prevalenza di soggetti che hanno ridotto il consumo giornaliero di sale	Prevalenza di soggetti 3 anni e più che dichiarano di non prestare attenzione alla quantità di sale e/o al consumo di cibi salati	Anno 2012: 31,1%	30,3% ISTAT Multiscopo Salute 2013	-30%	**≤27%**	Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana"
1.10. Aumentare l'offerta di approccio comportamentale o farmacologico per le persone con fattori di rischio per MCNT	1.10.3	Proporzione di fumatori che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di smettere	Prevalenza di fumatori di età 18–69 anni che negli ultimi 12 mesi hanno ricevuto dal medico o da un operatore sanitario il consiglio di smettere di fumare	Anno 2013: 51,5%	84,5% RL EUPOLIS survey 2013	+30	**≥87%**	RL Aggiornamento dati ISTAT nell'ambito del "Piano di valorizzazione dei contenuti dell'Indagine Istat Salute 2013 e Aspetti della vita quotidiana" coordinato da Regione Piemonte Eventuale integrazione con Survey regionale (Éupolis) dedicata
	1.10.4	Proporzione di persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di perdere peso	Prevalenza di persone di età 18–69 anni in eccesso ponderale (Imc > 25,0 kg/m² calcolato dai valori autoriferiti di peso e altezza) che negli ultimi 12 mesi hanno ricevuto dal medico o da un operatore sanitario il consiglio di perdere peso	Anno 2013: 51,4%	86,9% RL EUPOLIS survey 2013	+30%	**≥90%**	
	1.10.5	Proporzione di consumatori di alcol a rischio che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di ridurre il consumo	Prevalenza di persone di età 18-69 anni con consumo a rischio di alcol che negli ultimi 12 mesi hanno ricevuto dal medico o da un operatore sanitario il consiglio di ridurre il consumo di alcol	Anno 2013: 6,2%	30,9% RL EUPOLIS survey 2013	+300%	**≥33%**	
	1.10.6	Proporzione di persone con patologia cronica che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di praticare regolare attività fisica	Prevalenza di persone di età 18–69 anni con patologia cronica che negli ultimi 12 mesi hanno ricevuto dal medico o da un operatore sanitario il consiglio di fare regolare attività fisica	Anno 2013: 40,9%	89,1% RL EUPOLIS survey 2013	+30%	**≥90%**	

MOC 3. Promuovere il benessere mentale nei bambini, adolescenti e giovani							
Obiettivo centrale	**Codice indic.**	**Nome indicatore**	**Valore Baseline**	**Valore Baseline RL**	**Standard**	**Standard RL**	**Fonte dei dati**
3.1.Rafforzare le capacità di resilienza e promozione dei processi di empowerment personali e sociali	3.1.1	Proporzione di istituti scolastici che aderiscono alla progettazione regionale specifica inserita nei programmi integrati di promozione della salute	Ogni Regione individua il proprio	n. 262 istituti pari al 22% (anno 2014) Fonte USR/MIUR 2013/2014	Ogni Regione individua il suo standard. Lo standard nazionale è: 100% delle Regioni raggiunge almeno l'80% dello standard individuato dalla Regione stessa (con un minimo del 10% di scuole coinvolte	Copertura pari al **40%** degli istituti pubblici (circa 350 IC)	Regione

MOC 4. Prevenire le dipendenze da sostanze e comportamenti							
Obiettivo centrale	**Codice indic.**	**Nome indicatore**	**Valore Baseline**	**Valore Baseline RL**	**Standard**	**Standard RL**	**Fonte dei dati**
4.1. Aumentare la percezione del rischio e l'empowerment degli individui	4.1.1	Proporzione di istituti scolastici che aderiscono alla progettazione regionale specifica inserita nei programmi integrati di promozione della salute	Ogni Regione individua il proprio	n. 262 istituti pari al 22% (anno 2014) Fonte USR/MIUR 2013/2014	Ogni Regione individua il suo standard. Lo standard nazionale è: 100% delle Regioni raggiunge almeno l'80% dello standard individuato dalla Regione stessa (con un minimo del 10% di scuole coinvolte)	Copertura pari al **40%** degli istituti pubblici (circa 350 IC)	Regioni

MOC 5. Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti							
Obiettivo centrale	**Codice indic.**	**Nome indicatore**	**Valore Baseline**	**Valore Baseline RL**	**Standard**	**Standard RL**	**Fonte dei dati**
5.1. Ridurre il numero di decessi per incidente stradale	5.1.1	Tasso di decessi per incidente stradale	Anno 2013: 56,2 /1.000.000 abitanti	45,1/1.000.000 da rilevazione ACI/ISTAT 2013	-20%	**40/1.000.000 (-10%)**	Rilevazione ACI/ Istat
5.2. Ridurre il numero di ricoveri per incidente stradale	5.2.1	Tasso di ricoveri per incidente stradale	Anno 2013: 7,2%	7% SDO	-10%	**≤6% (-10%)**	SDO

MOC 6. Prevenire gli incidenti domestici							
Obiettivo centrale	**Codice indic.**	**Nome indicatore**	**Valore Baseline**	**Valore Baseline RL**	**Standard**	**Standard RL**	**Fonte dei dati**
6.1. Ridurre gli incidenti domestici e del tempo libero	6.1.1	Tasso di incidenza degli incidenti domestici seguiti da ricovero per fasce di età e genere	Anno 2013: 89.868 ricoveri (in aumento del 27% negli ultimi 3 anni)	21,4% SDO	fermare il trend in ascesa	**≤21%**	SDO
6.2. Aumentare il livello di attività fisica negli ultra64enni	6.2.1	Proporzione di ultra64enni fisicamente attivi sopra il 40° percentile	Anni 2012-2013: punteggio PASE=78 per il 40% della popolazione over 65 anni	58,9	+15%	**≥60%**	RL Aggiornamento dati ISTAT nell'ambito del "Piano di valorizzazione dei contenuti dell'Indagine Istat Salute 2013 e Aspetti della vita quotidiana'" coordinato da Regione Piemonte

MOC 9. Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie							
Obiettivo centrale	**Codice indic.**	**Nome indicatore**	**Valore Baseline**	**Valore Baseline RL**	**Standard**	**Standard RL**	**Fonte dei dati**
9.7 Aumentare le coperture vaccinale e l'adesione consapevole nella popolazione e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, popolazioni difficili da raggiungere, migranti, gruppi a rischio per patologie)	9.7.1	Copertura vaccinali in specifici gruppi a rischio per patologia/status	18,5% /dato rigerito alla campagna antiinfluenzale stagionale 2012-2013)	Non rilevato sistematicamente su tutte le categorie a rischio per tutte le vaccinazioni a livello regionale	+100%	Impostare una rilevazione sistematica coperture alcuni gruppi a rischio e arrivare ad **70%** di copertura soggetti ad alto rischio	Regione
	9.7.2	Mancata vaccinazione antipolio e antimorbillo spiegata	Vedere tabella 1	Non rilevato annualmente su morbillo	+100%	Impostare una rilevazione annuale	Regione

Errata corrige: nella tabella **MOC 9. Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie** si corregge errore redazionale come segue: sostituire la numerazione dell'obiettivo centrale da 8.6 a 8.13 con numerazione da 9.6 a 9.13.

SUB ALLEGATO 13

Proposta di indicazioni operative per l'uso di strumenti di Telemedicina a supporto delle Cure Primarie nell'ambito della sperimentazione CReG.

La DGR n. X/2989 del 23.12.2014 (*Allegato B. Sub Allegato 7 "Indirizzi sulla sperimentazione CReG)* ha fornito alcune indicazioni preliminari sulle prestazioni diagnostiche che possono essere erogate presso gli studi dei Medici di Medicina Generale (MMG) nell'ambito della sperimentazione CReG, specificando che "tali prestazioni possono essere rese in telemedicina o direttamente dal MMG adeguatamente professionalizzato", e sottolineando la necessità di ulteriori approfondimenti nel corso della sperimentazione "…che saranno oggetto di successive ulteriori determinazioni".

Obiettivo del documento è quindi fornire indirizzi operativi in merito ai requisiti per le prestazioni diagnostiche rese in Telemedicina presso gli studi dei Medici di Medicina Generale (MMG) nell'ambito della sperimentazione CReG. Il documento è il risultato dell'armonizzazione dei contributi pervenuti in risposta al mandato regionale da parte dei componenti di un Gruppo di Lavoro coordinato dalla Direzione Generale Salute di Regione Lombardia [1].

Per un inquadramento di contesto, si riprendono nel seguito alcuni riferimenti utili per la definizione e la classificazione della Telemedicina, forniti dalle **Linee di Indirizzo Nazionali sulla Telemedicina**[2], recepite da Regione Lombardia con la citata DGR X/2989 del 23.12.2014.

"Per Telemedicina si intende una modalità di erogazione di servizi di assistenza sanitaria, tramite il ricorso a tecnologie innovative, in particolare all'Information and Communication Technology (ICT), in situazioni in cui il professionista della salute e il paziente (o due professionisti) non si trovano nella stessa località. La Telemedicina comporta la trasmissione sicura di informazioni e dati di carattere medico nella forma di testi, suoni, immagini o altre forme necessarie per la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e il successivo controllo dei pazienti".

"La Telemedicina non rappresenta una specialità medica separata, ma è uno strumento che può essere utilizzato per estendere la pratica tradizionale oltre gli spazi fisici abituali. Si configura, nel quadro normativo generale, come una diversa modalità di erogazione di prestazioni sanitarie e sociosanitarie e pertanto rientra nella cornice di riferimento che norma tali processi con alcune precisazioni sulle condizioni di attuazione."

Si riporta nella Tabella che segue la classificazione dei servizi di Telemedicina tratta dalle Linee d'indirizzo nazionali, che specifica:

[1] Testo redatto a cura di Gabriella Borghi e Loredana Luzzi, sulla base dei contributi richiesti e pervenuti da parte dei componenti del Gruppo di Lavoro (Fausto Colombo, Maurizio Marzegalli, Simonetta Scalvini, Mario Sorlini, Giovanni Staurenghi, Alessandro Invernizzi) riunitosi l'8/10/2015 presso Regione Lombardia, DG Salute. Hanno partecipato al gruppo anche Roberta Brenna, Antonella Fait, Mauro Martini, Andreina Pangallo, Carlo Alberto Scirè, Valter Valsecchi.

[2] "Ministero della Salute. Telemedicina. Linee di indirizzo nazionali". Documento approvato in Conferenza Stato Regioni il 20.2.2014.

- le tipologie di pazienti e le modalità di partecipazione dei pazienti durante l'atto di Telemedicina;
- il tipo di relazione medico-paziente secondo i modelli commerciali B2B/B2B2C/B2C (Business - Consumer).

TELEMEDICINA				
CLASSIFICAZIONE		**PAZIENTI**		**RELAZIONE**
TELEMEDICINA SPECIALISTICA	TELE VISITA	Può essere rivolta a patologie acute, croniche, a situazioni di post-acuzie	Presenza attiva del Paziente	B2C B2B2C
	TELE CONSULTO		Assenza del Paziente	B2B
	TELE COOPERAZIONE SANITARIA		Presenza del Paziente, *in tempo reale*	B2B2C
TELE SALUTE		E' prevalentemente rivolta alle patologie croniche	Presenza attiva del Paziente	B2C B2B2C

B2B: individua la relazione tra medici
B2B2C: individua la relazione tra un medico e un paziente mediata attraverso un operatore sanitario
B2C: individua la relazione tra medico e paziente

L'esempio dei CReG viene collocato nelle Linee di Indirizzo nazionali nell'ambito della **Telesalute**, definita come "un sistema, un insieme di servizi che consentono la gestione e la presa in carico del paziente cronico". La Telesalute comprende un ampio spettro di attività, non solo quindi il "Telemonitoraggio, ma anche lo scambio e la gestione dei dati rilevati, la verifica dell'aderenza alle terapie (farmacologiche e non), le attività di formazione ed educazione del paziente, utili e necessarie all'autocura (il cosiddetto empowerment)".

Definito il contesto generale, anche nazionale, in cui si colloca la Telemedicina nella sperimentazione CReG, e ricordando che anche la **LR n° 23 del 11.8.2015** sottolinea all'Art. 9, comma 1, la rilevanza della Telemedicina per la presa in carico del paziente cronico e fragile, si riporta nel seguito una lista delle prestazioni diagnostiche che possono essere effettuate presso gli studi dei MMG, in Telemedicina o direttamente dal MMG adeguatamente professionalizzato, ai sensi della citata DGR n. X/2989 del 23.12.2014.

- ECG
- Monitoraggio continuo (24 H) della pressione arteriosa
- Spirometria Semplice
- Ecografia addome superiore
- Ecografia addome inferiore
- Ecografia addome completo
- Eco(color)dopplergrafia degli arti superiori o inferiori o distrettuale, Arteriosa o Venosa
- Eco(color)dopplergrafia TSA
- Esame del Fundus oculi.

Il Gruppo di Lavoro si è focalizzato in particolare su tre prestazioni diagnostiche di interesse per l'erogazione in Telemedicina:

- ECG
- Spirometria semplice
- Esame del fundus oculi.

Su queste prestazioni sono stati condotti approfondimenti, utilizzando 2 fonti informative:

- da un lato, i dati del Flusso CReG-GEST forniti da LISPA (debito informativo dei Gestori CReG sulle prestazioni erogate, anche in Telemedicina, presso gli studi MMG).
- dall'altro, i dati relativi alle prestazioni dichiarate alle ASL come "svolte in Telemedicina" da parte di alcuni Gestori CReG nell'ambito della sperimentazione condotta nel corso del 2015, riportati nella Tabella che segue.

Prestazione	N° Prestazioni Erogate da Gennaio a Ottobre 2015			% Prestazioni in Telemedicina
	Studio Medico	Telemedicina	Teleconsulto	ASL
Elettrocardiogramma	23	1372	0	BG (25%), Co (30%), MI (26%), MI2(19%)
Spirometria semplice	120	0	0	0
Esame del fundus oculi	0	105	0	Como (100%)

Come si vede, il Teleconsulto con specialisti sembra non sia stato attivato, così come l'esame spirometrico sembra sia stato effettuato senza ricorrere alla Telemedicina ed al referto specialistico. Infine l'esame del fundus oculi è stato svolto con l'utilizzo del Retinografo, con invio dell'esame per la refertazione a distanza da parte di un solo gestore di Como. Anche la refertazione dell'ECG in Telemedicina ha avuto un utilizzo difforme nelle diverse ASL e solo da parte di alcuni gestori.

Un riscontro a queste autodichiarazioni non sembra però emergere dal flusso CREG-GEST, che non rileva nessuna prestazione svolta in Telemedicina. Questo flusso rileva però prestazioni svolte in studio in numero superiore a quello dichiarato alle ASL. In un quadro generale limitato dal punto di vista quantitativo, alla luce del ridotto periodo di osservazione, pur considerando che sia presente un disallineamento temporale, è necessario approfondire i motivi delle rilevazioni difformi.

Infine, considerato che nel Contratto stipulato tra ASL e Gestori CReG poteva essere indicata l'intenzione di utilizzo di prestazioni diagnostiche presso gli studi medici, si segnala che solo nell'ASL di Como due Gestori avevano dichiarato tale intenzione d'uso.

INDICAZIONI OPERATIVE

Si prendono in esame solo le **prestazioni più frequenti**, che rientrano nel PAI dei pazienti e vengono tracciate dal flusso informativo gestionale, fornendo per ciascuna di esse:

1. inquadramento d'uso all'interno dei PDTA/PAI dei pazienti
2. organizzazione del servizio
3. apparecchiature
4. trasmissione
5. requisiti Centro erogatore
6. requisiti Centro servizi
7. requisiti referto.

Per quanto riguarda i punti relativi a: trasmissione, requisiti di Centro Erogatore, requisiti Centro servizi e requisiti referto (punti 4. 5. 6. e 7.), si fornirà una descrizione unica per le tre tipologie di prestazioni analizzate (ECG, spirometria semplice e retinografia). Il Teleconsulto sarà precisato separatamente.
Tali prestazioni, seguendo le indicazioni delle Linee nazionali di indirizzo, dovrebbero collocarsi, in quanto inserite nei CReG, nell'ambito della Telesalute, mentre il Teleconsulto ricade nell'ambito della Telemedicina specialistica.

Si ricorda che le Linee di indirizzo sulla Telemedicina definiscono gli attori coinvolti in "un atto sanitario prestato in Telemedicina sono: Utenti, Centro Erogatore, Centro Servizi".

Più in generale si richiamano in chiusura gli standard di servizio indicati dalle Linee di indirizzo.

- **ECG**

1. **<u>Inquadramento d'uso all'interno dei PDTA/PAI dei pazienti</u>**

Indicazioni ad un controllo teleECG nei pazienti cronici.
Di routine si ripete ogni anno circa specialmente per documentare un "basale" di riferimento. Evita che il paziente si rechi in ambulatorio solo per l'esecuzione e la refertazione dell'ECG.
Su sintomi dubbi quali cardiopalmo, dolore toracico, dispnea, sincopi, il tracciato va eseguito il prima possibile, meglio se durante sintomatologia, poiché i sintomi possono scomparire ed anche i segni ECG. L'ECG fatto a seguito di sintomatologia "minore" per la quale il paziente si reca dal proprio medico curante è di estrema importanza. In questi casi spesso si manda il paziente in PS o si chiede un ECG urgente. Ovviamente se vi sono sintomi maggiori (angor certo con sospetto infarto, scompenso acuto) è necessario chiamare il 112.
Esecuzione a domicilio del teleECG nei pazienti difficilmente trasportabili (ad esempio pazienti in ADI) specialmente per la comparsa di sintomi.
Anche solo per refertare un ECG è molto utile il confronto con ECG precedente e poter conoscere la storia clinica del paziente, specialmente se già cardiopatico.
Si consiglia quindi un utilizzo non solo per un controllo periodico ambulatoriale, ma utilizzando in pieno la opportunità della telemedicina anche per controlli in caso di sintomi minori o per controllo domiciliare.

Mentre nel controllo periodico asintomatico non è necessaria una risposta tempestiva (in ospedale lo si consegna anche il giorno dopo) una risposta tempestiva è indispensabile in caso di sintomi.

2. Organizzazione del servizio

Un medico laureato è in grado di fare la refertazione dell'ECG assumendosene la responsabilità, perché attualmente non è formalizzato un ruolo del Cardiologo nella valutazione dell'ECG; il referto non è appannaggio esclusivo dello specialista cardiologo: chi referta, sia esso un MMG oppure uno specialista, se ne assume in ogni caso la responsabilità.

Il servizio di telerefertazione ECG può attuarsi con modalità diverse e per esigenze diverse:

- con ECG 12 derivazioni: è il normale tracciato diagnostico refertabile
- con ECG monotraccia: è un tracciato ECG registrato anche solo in una derivazione, molto utile per un monitoraggio della frequenza o l'identificazione di eventuali aritmie.

Queste due modalità possono richiedere un'organizzazione diversa e refertazioni più o meno complesse.

L'ECG può essere effettuato, come precedentemente indicato, anche al domicilio del paziente.

Bisogna quindi suddividere le esigenze e rispondervi in modalità adeguata.

Ad esempio mentre nel controllo periodico asintomatico non è necessaria una risposta tempestiva, questa è indispensabile in caso di sintomi.

Stante queste indicazioni è auspicabile che, considerata l'organizzazione più generale dello studio medico, venga predisposto un work flow operativo che individui percorsi e ruoli e sia reso disponibile in caso di controllo da parte dell'ASL.

3. Apparecchiature

Molti elettrocardiografi in commercio consentono la trasmissione del tracciato ECG a distanza per la refertazione oltre che la stampa del tracciato stesso. L'esecuzione di un elettrocardiogramma standard richiede 12 derivazioni in posizioni ben definite.

Vi sono piccole apparecchiature portatili che consentono la acquisizione di un tracciato e la sua trasmissione a distanza per la refertazione. Anche in questo caso occorre posizionare gli elettrodi nei punti precisi standard (non alla radice degli arti o in cresta iliaca come usuale per monitoraggio).

La lettura automatica è solo indicativa, NON refertante.

Si ricorda che, trattandosi di un dispositivo medico, l'elettrocardiografo deve possedere la certificazione di idoneità all'esercizio secondo gli standard CE. I Dispositivi Medici devono rispondere infatti a stringenti requisiti di sicurezza ed efficacia, in particolare il D.Lgs. 46/97 (in attuazione della Direttiva 93/42/CEE) prevede la Marcatura CE dei Dispositivi Medici per l'immissione in commercio e la messa in servizio nell'Unione Europea.

A titolo esemplificativo si indicano le caratteristiche di un Elettrocardiografo a 12 derivazioni:

Acquisizione simultanea di 12 derivazioni con 10 cavi	
DERIVAZIONI ACQUISITE I, II, III, aVR, aVL, aVF, V1, V2, V3, V4, V5, V6 Eventuale controllo automatico del contatto degli elettrodi	
IMPEDENZA DI INGRESSO DINAMICA DI INGRESSO TENSIONE DI POLARIZZAZIONE DELL'ELETTRODO REIEZIONE MODO COMUNE	Conforme a ANSI/AAMI EC11
CORRENTE DI DISPERSIONE SUL PAZIENTE CORRENTE DI DISPERSIONE SUL CONTENITORE	Conforme a ANSI/AAMI ES1
FREQUENZA DI CAMPIONAMENTO	• campioni/sec/canale per la memorizzazione e l'analisi 500 (a 10bit) - 1.000 (a 20bit) • da 10.000 a 40.000 campioni/sec/canale per il riconoscimento pacemaker
GUADAGNO	5, 10 o 20 mm/mV
RISPOSTA IN FREQUENZA	0.05 ÷ 300 Hz
CLASSIFICAZIONE DEL DISPOSITIVO	Classe I, Tipo CF, parti applicate protette da defibrillazione
MODALITÀ DI TRASMISSIONE	Preferibilmente digitale (connessione via cavo USB o BlueTooth). L'uso di apparecchi con trasmissione mediante accoppiamento acustico via telefono standard o con cellulare GSM è preferibilmente dedicato all'utilizzo domiciliare da parte di un operatore sanitario o da parte del paziente stesso.
Eventuali algoritmi interpretativi Rilevazione Pacemaker e/o defibrillatore	
Formato	SCP-ECG / DICOM / XML / (PDF)

➢ SPIROMETRIA SEMPLICE

1. <u>Inquadramento d'uso all'interno dei PDTA/PAI dei pazienti</u>

Si raccomanda lo sviluppo di protocolli i più dettagliati possibili e concordati tra le eventuali parti interessate, utilizzando i PDTA già in uso e licenziati dalle principali società scientifiche (ad esempio AIPO-SIMER, etc.), quale base per la definizione dei PAI.

L'interesse principale della valutazione spirometrica verte su pazienti respiratori con patologie croniche quali BPCO e Asma cronico con crono programma differenziato a seconda della gravità di malattia (stadi GOLD e GINA).

E' importante prendere in considerazione tra i presidi tecnologici anche il **Pulsi ossimetro**. La pulsi ossimetria puntuale, già in uso presso molti MMG, è uno strumento di facile e immediato consulto in ambulatorio e durante le visite domiciliari. In caso di valori patologici, a rischio ad esempio per i pazienti con insufficienza respiratoria, può coinvolgere la telemedicina **in second opinion con lo specialista** per aprire una valutazione più approfondita del caso.

La **pulsiossimetria in continuo** (tipo Holter) è di grande utilità per lo studio notturno in soggetti con sospetto di disturbi respiratori nel sonno (es. OSAS) o in chi già conduce programmi di ventilazione. In questo caso la **refertazione è di necessità dello specialista** che in casi particolari può aprire una valutazione più complessa con il MMG che lo richieda.

2. Organizzazione del servizio

La prestazione definita spirometria semplice può essere refertata dal MMG ed essere inserita direttamente nel flusso CReG-GEST. Si deve prevedere che i MMG refertanti dimostrino di aver partecipato a corso formativo validato da Regione.

Se inviato per via telematica l'esame spirometrico verrà refertato dallo specialista pneumologo con le modalità e i tempi concertati nel protocollo di intesa all'interno della cooperazione.

3. Apparecchiature

Le apparecchiature (spirometro) devono possedere la certificazione di idoneità all'esercizio secondo gli standard CE.
La DGR X/2989, citata, indicava a titolo esemplificativo possibili caratteristiche tecniche per uno spirografo che possono essere confermate nel modo seguente:

- Porte di comunicazione: Connessione al PC via USB
- Parametri misurati: FVC, VC, PEF, FEV1, FEV1/FVC, FEF2575, FEF2550, FEF25, FEF50, FEF75, FEV3, FEV6, EV, ZeroTime, FET, PEFT, FIVC, PIF, FIV1, FIV1/FIVC, FIT, EVC, IVC, IC, IRV, ERV, TV.
- Volume massimo: ± 20 L
- Range di flusso: ± 18 L/s
- Accuratezza sul volume: ± 3% or 50 mL
- Accuratezza sul flusso: ± 3% or 50 mL/s
- Software completo di calcoli in automatico

➢ RETINOGRAFIA

1. Inquadramento d'uso all'interno dei PDTA/PAI dei pazienti

Focus dell'intervento è lo screening della retinopatia diabetica mediante l'utilizzo della telemedicina.
Caratteristica suggerita è la possibilità di eseguire fotografie del fundus in miosi (senza cioè la necessità di ottenere una dilatazione della pupilla mediante instillazione di agenti farmacologici). Questo eviterebbe l'ipotetico rischio, seppur basso, di complicanze legate alla dilatazione, quali l'insorgenza di un attacco di glaucoma acuto, situazione di difficile gestione in un setting non specialistico.

2. **Organizzazione del servizio**

Le immagini dell'occhio ottenute dal retinografo sono gestite dall'apparecchiatura e trasferite in remoto allo specialista oculista per la loro visualizzazione e refertazione. Il referto viene poi reso disponibile al MMG.

3. **Apparecchiature**

Caratteristiche obbligatorie esemplificative:

- Possibilità di effettuare foto del fundus oculi in maniera facile, intuitiva e veloce (non più di 5 minuti a paziente) possibilmente con centratura dell'occhio e messa a fuoco sia automatica che manuale
- Set fotografici che comprendano almeno 2 campi per occhi (ogni campo minimo 40 gradi) uno centrato sulla macula, uno sulla papilla ottica
- Sensore da almeno 5 MegaPixel
- Possibilità di eseguire uno storage automatico su server delle immagini con accesso in remoto per la refertazione a distanza

Caratteristiche desiderabili (in linea coi requisiti suggeriti da British Diabetic Association):

- sensibilità >80%
- specificità >95%
- immagini non eseguibili <5%

➢ **STANDARD SERVIZI**

Richiamando le Linee nazionali di indirizzo si ricordano qui di seguito gli standard di servizio richiesti, come garanzie tecnologiche, professionali per le prestazioni fornite in Telemedicina.

1. **trasmissione**

L'infrastruttura di telecomunicazione deve garantire[3]:

- l'operatività del servizio grazie all'adozione di standard di telecomunicazione e all'interoperabilità delle reti e dei protocolli di cui fa uso;
- la continuità del servizio rispetto al periodo di erogazione;
- la sicurezza per il cittadino, assicurando:
    - verifica della sorgente delle informazioni (autenticazione)
    - protezione delle informazioni dagli accessi non autorizzati
    - sicurezza informatica ovvero protezione delle reti e dei sistemi al fine di prevenire e/o rilevare tentativi di intrusione;
    - riservatezza attraverso specifiche soluzioni tecniche di profilazione degli utenti del servizio.

[3] Da Linee indirizzo Telemedicina pag. 27

2. Requisiti Centro erogatore

Il Centro Erogatore riceve le informazioni sanitarie dall'utente e trasmette all'utente gli esiti della prestazione[4]. Nel caso del CReG il Provider Gestore del CReG è il Centro Erogatore.

Per quanto riguarda le diverse prestazioni si precisa che la raccolta del tracciato ECG, così come la registrazione della spirometria o le fotografie delle immagini dell'occhio possono essere attuate anche da un operatore sanitario formato e certificato.

La formazione di tale personale (infermieristico o MMG) è diversa per le diverse prestazioni, in particolare per la spirometria dovrebbe prevedere anche con un periodo di training documentato presso strutture pubbliche o convenzionate dotate di laboratorio di fisiopatologia respiratoria di secondo livello. La formazione più in generale verterà sull'utilizzo del dispositivo, sulle metodologie di registrazione e trasmissione del segnale registrato.

In ogni caso il personale o il Centro Erogatore deve essere in possesso di polizza assicurativa di responsabilità civile verso i pazienti.

3. Requisiti Centro Servizi

"La gestione delle informazioni sanitarie tra Centro Erogatore e Utente può avvenire in modo diretto o attraverso un Centro Servizi.

Il Centro Servizi non interviene a livello di responsabilità clinica, risponde al Centro Erogatore per quanto riguarda lo svolgimento efficace di tutti i suoi compiti, in particolare per gli aspetti di integrità e sicurezza delle informazioni sanitarie trasmesse durante le attività di Telemedicina. Come ogni sistema informatico che tratta dati sensibili deve rispondere alle previsioni normative in materia di trattamento dei dati personali.

Nel caso in cui il servizio di Telemedicina si attui attraverso un Centro Servizi, il Centro Erogatore stipula con il Centro Servizi apposito accordo, contratto, convenzione, nei quali vengono disciplinati tutti gli aspetti del rapporto ed in particolare quelli relativi alla gestione e integrazione delle tecnologie utilizzate per il servizio di Telemedicina, rispettando gli elementi di garanzia per la autorizzazione e l'accreditamento del Centro Erogatore alla Telemedicina."[5]

4. Requisiti referto

I professionisti che refertano in Telemedicina devono essere abilitati e iscritti all'Albo Professionale ed essere specialisti nella disciplina medica per la quale erogano servizi, sia di Telesalute sia di Telemedicina specialistica.

Si ricorda che la lettura automatica eventualmente fornita da elettrocardiografo, spirometro o retinografo è solo indicativa e non refertante, per essere acquisita come referto deve essere firmata dal medico che ne diviene responsabile.

Deve essere mantenuta documentazione della refertazione acquisita e del luogo e tempo della sua effettuazione.

[4] Da Linee indirizzo Telemedicina pag.18
[5] Da Linee indirizzo Telemedicina pag.29

- **TELECONSULTO**

"Il Teleconsulto è un'indicazione di diagnosi e/o di scelta di una terapia senza la presenza fisica del paziente. Si tratta di un'attività di consulenza a distanza fra medici che permette a un medico di chiedere il consiglio di uno o più medici, in ragione di specifica formazione e competenza, sulla base di informazioni mediche legate alla presa in carico del paziente." [6]
Qualora il MMG ritenga di richiedere un parere clinico oltre al referto ricevuto, allora si configura un Teleconsulto, o second opinion specialistica che di norma avviene telefonicamente. Poiché comunque la decisione clinica resta, nel contesto CReG in capo al MMG, la telefonata deve essere registrata a tutela delle reciproche responsabilità.

CONCLUSIONE

Al termine delle indicazioni operative per l'uso di strumenti di Telemedicina a supporto delle cure primarie nella sperimentazione CReG, si ricorda l'indicazione presente nel Decreto DG Salute n° 3061 del 17.4.2015 "Ulteriori determinazioni in materia di CREG in attuazione della DGR n° X/ 2989 del 23.12.2014", in particolare nello Schema-tipo di Contratto per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra le ASL e i soggetti Gestori CReG nell'ambito delle Cure Primarie.

L'attenzione va posta al comma 3 dell'art.2 e al comma 3 dell'art.7 che precisano il ruolo di tali prestazioni, che rientrano nell'attività ambulatoriale direttamente erogata dal Gestore, e precisano che in fase di remunerazione del progetto esse saranno ricomprese nel valore differenziale (Delta).

Art. 2 – PRESTAZIONI E AMBITO DI APPLICAZIONE - comma 2 e comma 3
2. Nella presa in carico del soggetto Gestore sono altresì ricompresi: la compilazione/aggiornamento dei PAI, il debito informativo, la certificazione finalizzata all'esenzione per patologia, **l'eventuale attività ambulatoriale direttamente erogata**, il follow-up. Sono esclusi i ricoveri per acuti, sub-acuti, quelli in riabilitazione, nonché la fornitura di protesica e di farmaci rendicontati in File-F.

3. Il soggetto Gestore, fermo restando il possesso dei necessari requisiti verificati dall'ASL, potrà fornire ai pazienti arruolati le prestazioni diagnostiche previste nel PAI, secondo le indicazioni fornite dalla Regione con la DGR n. X/2989 del 23.12.2014 ex Allegato B) Sub Allegato 7. **Tali prestazioni non saranno rendicontate a carico del SSR, ma dovranno essere riportate a cura del soggetto Gestore nell'ambito del flusso informativo dedicato "CReG-GEST", e valorizzate secondo le indicazioni di cui al successivo Articolo 7.**

ART. 7 – REMUNERAZIONE DEL PROGETTO – commi 1, 2, 3 e 4

1) Verrà assegnato al soggetto Gestore **un budget "virtuale" (ossia massimo teorico)**, rappresentato dall'ammontare complessivo della valorizzazione corrispondente alla sommatoria delle Tariffe CReG per ogni paziente arruolato entro il ……, con PAI redatto,

[6] Da Linee indirizzo Telemedicina pag. 11

valido e trasmesso all'ASL secondo le indicazioni di cui all'Allegato 4 della DGR n, IX/1465/2014 e successive modifiche e integrazioni.

2) La valorizzazione tariffaria per ogni Classe CReG è quella aggiornata dalla Direzione Generale Salute con DDG n. ……del …….

3) Secondo le indicazioni regionali di cui alla DGR n. X/2989/2014 (Regole 2015), le prestazioni ambulatoriali e di diagnostica strumentale relative ai pazienti CReG - incluse quelle erogate in P.S. - saranno remunerate, a consuntivo, direttamente dall'ASL alle **strutture erogatrici** e la valorizzazione delle stesse verrà decurtata dal budget "virtuale" assegnato al soggetto Gestore. Oltre al costo sostenuto per le prestazioni ambulatoriali - comprese quelle erogate in P.S. **ma escluse le prestazioni rendicontate nel Flusso CReG-Gest di cui al precedente Articolo 2 -** verranno imputati al soggetto Gestore anche i costi relativi ai farmaci (escluso il File F).

4) La remunerazione che verrà riconosciuta al soggetto Gestore è costituita dal **valore differenziale (Delta)** tra il budget "virtuale" assegnato e il totale dei costi, cioè dei consumi sanitari (prestazioni ambulatoriali, comprese quelle erogate in PS, farmaci escluso il File F), riferiti ai periodi di effettiva presa in carico certificati dal Sistema Gestionale Regionale CReG (v. Articolo 9), fatta salva la quota capitaria di remunerazione dei MMG e quanto già previsto dal vigente Accordo Collettivo Nazionale e dall'Accordo Integrativo Regionale. Il Delta sarà riconosciuto esclusivamente al netto delle attività di valutazione e controllo esercitate dalla ASL.

Pertanto, nel ribadire che le prestazioni sanitarie erogate con il supporto della Telemedicina sono e restano prestazioni sanitarie, si conferma che le stesse, erogate nell'ambito del percorso di presa in carico del paziente cronico, seguono le modalità di remunerazione indicate nei decreti su citati.

Remunerazione Assistenza DIAlisi Lombardia

Sommario

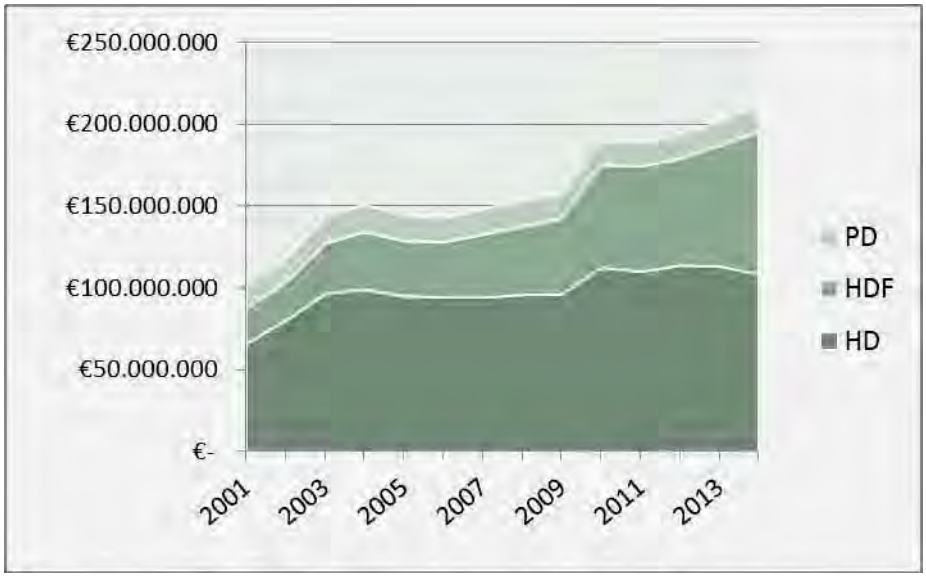
Remunerazione Assistenza DIAlisi Lombardia 1
Scenario 2
Obiettivo 3
Sviluppo del budget di cura 3
Identificazione della popolazione di riferimento 3
Identificazione delle variabili di stratificazione del rischio 4
Definizione delle voci di spesa sanitaria da includere nel budget di cura 4
Modalità di remunerazione 6
Budget di cura 6
Budget di trasporto 7
Sistema di monitoraggio della qualità 8
Sperimentazione (e valutazione) 9
Centri partecipanti 9
Pazienti 9
Esposizione 9
Follow-up 9
Variabili 9
Analisi di monitoraggio 9
Analisi di valutazione 10
Sample size 10

Scenario

L'insufficienza renale cronica terminale rappresenta una condizione ad elevata complessità clinica con un impatto sostanziale sulla salute della popolazione e sulla spesa sanitaria.

Negli anni, si è osservato un progressivo aumento dell'impatto del trattamento sostitutivo dialitico nella popolazione dei pazienti con insufficienza renale cronica terminale: sia in termini di incremento del numero di soggetti (+1-2% annuo), legato ad un aumento della sopravvivenza e dell'incidenza del ricorso a terapia dialitica, sia per l'incremento della spesa pro-capite per le prestazioni di tipo dialitico (+3% annuo circa). Parallelamente si osserva un cambiamento nella distribuzione delle tipologie di prestazioni dialitiche prestazione erogate (Figura 1).

Figura 1. Andamento della spesa totale per prestazioni di dialisi secondo tipologia di tecnica dal 2001 al 2014 (dati DWH RL). PD: dialisi peritoneale; HDF: emodiafiltrazione; HD: emodialisi.



In tale contesto si osserva anche una ampia variabilità di gestione con un potenziale margine di miglioramento nella erogazione di cure più appropriate, coordinate e personalizzate, a parità di spesa sanitaria.

Secondo recenti tendenze, un approccio di remunerazione che supera il pagamento a singola prestazione, portando ad una transizione verso la remunerazione ad episodio di cura (*bundled*) ovvero a quota capitaria (*capitated*), anche tenendo conto delle caratteristiche individuali dei pazienti con un potenziale impatto sull'intensità dell'assistenza necessaria (*clinical risk adjustment*), eventualmente associato ad un meccanismo di incentivo delle cure di qualità (*pay-for-performance*), ha il potenziale di dare impulso a cure di qualità e al controllo della spesa sanitaria.

In un contesto di incremento dei bisogni assistenziali della popolazione, il tratto fondamentale di una transizione della modalità di remunerazione qui proposta è rappresentato dalla estensione della responsabilità clinica a quella economica (*accountability*), come leva per il miglioramento dell'assistenza soprattutto in termini di continuità e appropriatezza, oltre che di contenimento della spesa, finalizzate a garantire cure ottimali.

Da un'analisi delle esperienze internazionali emerge, relativamente al paziente con insufficienza renale terminale in dialisi, la fattibilità della transizione tra questi modelli con un impatto globalmente positivo sul controllo della spesa senza un impatto negativo sulla qualità delle cure e su *outcome* di salute.

Tuttavia, il reale impatto di una transizione tra sistemi di remunerazione deve essere attentamente disegnato sulle specificità dei sistemi sanitari, monitorizzato e valutato.

Obiettivo

Definire un 'budget di cura' per la presa in carico del paziente con insufficienza renale cronica in terapia dialitica, finalizzata a monitorizzare e dare impulso a cure di qualità, per migliorare la salute dei pazienti nel loro contesto senza incrementare la spesa sanitaria.

Per perseguire l'obiettivo generale si identificano i seguenti obiettivi specifici:

- Sviluppare un budget di cura ambulatoriale-farmaceutico per i pazienti con insufficienza renale in dialisi e il sistema di remunerazione associato;
- Sviluppare un budget per il trasporto dei dializzati;
- Sviluppare un sistema di monitoraggio per i pazienti con insufficienza renale terminale in dialisi;
- Sperimentare (implementare e valutare) il budget di cura e il budget di trasporto.

Sviluppo del budget di cura

Per la definizione del budget di cura si sono seguiti i seguenti passaggi:

- Identificazione della popolazione di riferimento;
- Identificazione delle variabili di stratificazione del rischio;
- Definizione delle voci di spesa sanitaria da includere nel budget di cura;
- Sviluppo di un modello per la stima del budget di cura;
- Validazione retrospettiva del modello.

Identificazione della popolazione di riferimento

La popolazione target è definita come: pazienti adulti (≥18anni) con insufficienza renale cronica terminale che effettuano terapia sostitutiva dialitica (sia casi incidenti, sia casi prevalenti).

Ai fini della stima del budget di cura, utilizzando i dati del *data warehouse* (DWH) di RL, si identificano tutti i soggetti che hanno almeno una prestazione ambulatoriale inclusa nella tabella 1 per dialisi nel corso dell'anno di riferimento (2014) e i relativi tempi di 'esposizione' alla dialisi dalla prima all'ultima erogazione dell'anno di riferimento.

Tabella 1. Lista dei codici del nomenclatore tariffario 'traccianti' per la definizione della popolazione, raggruppati in 3 tipologie diverse di dialisi: HD: emodialisi; HDF: emodiafiltrazione; PD: dialisi peritoneale.

TIPO	CODICI	DESCRIZIONE
HD	39951	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO
	39952	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO, AD ASSISTENZA LIMITATA
	39953	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO, DOMICILIARE
	39954	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE MOLTO BIOCOMPATIBILI
	3995A	EMODIALISI EXTRACORPOREA IN COSTANZA DI RICOVERO
HDF	39955	EMODIAFILTRAZIONE

	39956	EMODIAFILTRAZIONE AD ASSISTENZA LIMITATA
	39957	ALTRA EMODIAFILTRAZIONE
	39958	EMOFILTRAZIONE
	39959	EMODIALISI - EMOFILTRAZIONE
PD	54981	DIALISI PERITONEALE AUTOMATIZZATA (CCPD)
	54982	DIALISI PERITONEALE CONTINUA (CAPD)

Su tale popolazione si identifica la sottopopolazione per il calcolo del budget di cure, attraverso l'applicazione dei criteri di inclusione riportati in tabella 2.

Tabella 2. Criteri di inclusione nella popolazione di pazienti

Inclusione	>18 anni al 1° gennaio 2014
	>28 giorni di copertura/anno 2014
	> 1 prescrizione/anno 2014
	ASL Residenza Lombardia al 1° gennaio 2014
	Classe BDA misurabile per tutti gli anni 2012, 2013

Si definisce come periodo di esposizione il periodo che intercorre fra la prima e l'ultima erogazione di una qualsiasi prestazione ambulatoriale in elenco. Si definiscono anche periodi di esposizione per le diverse tipologie di dialisi e i relativi pesi sull'esposizione totale. I pesi così definiti vengono utilizzati per attribuire la percentuale del tempo di esposizione ad una specifica tecnica dialitica e per quindi identificare la tecnica prevalente.

Identificazione delle variabili di stratificazione del rischio

Sulla base di quanto riportato in letteratura, si è definita la seguente lista di variabili, sia individuali sia di struttura, misurabili attraverso i dati amministrativi regionali (DWH) al 1/1/2014, da considerare per la stratificazione del rischio nel paziente dializzato: età, sesso, area di residenza, tipologia dialisi prevalente (HD/HDF/PD), età dialitica, HIV, HCV, HBV, cardiopatia ischemica, vasculopatie, diabete, neoplasia, scompenso cardiaco, malattie rare, connettiviti/vasculiti, pregresso trapianto, RSA, tipologia struttura erogatrice (CAL).

Definizione delle voci di spesa sanitaria da includere nel budget di cura

Si identifica la ***spesa sanitaria concorrente al periodo di esposizione alla dialisi***, restringendo la spesa da includere nel budget di cura a quella ambulatoriale di laboratorio e specialistica (visite + altre prestazioni ambulatoriali + radiologia) e a quella farmaceutica (Convenzionata e specifici farmaci File F) (Tabella 3).

Tabella 3. Tipologia di spesa inclusa nel budget di cura

Spesa sanitaria	**Tipologia**	**Inclusione**
Ospedaliera	SDO	No
Ambulatoriale	Laboratorio	Si
	Specialistica	Si
	PS	No
	MAC	No
	BIC	No
Farmaceutica	Convenzionata	Sì
	File F	solo eritropoietine – ATC B03XA

Sviluppo di un modello per la stima del budget di cura

La stima della tariffa per la dialisi è stata effettuata utilizzando come variabile dipendente la trasformazione logaritmica della spesa sanitaria relativa alle tipologie incluse (tabella 3) per il periodo di esposizione. La trasformazione logaritmica della spesa consente di ottenere una distribuzione più simmetrica e quindi una migliore modellizzazione. Le variabili di stratificazione sono state selezionate sulla base della loro significatività statistica e della loro rilevanza clinica e gestionale. In generale, i modelli che includono variabili di struttura e variabili di 'tipologia di dialisi' risultano più accurati nella definizione della spesa (R^2 fino al 50% e *mean absolute percentage error* (MAPE) <15%).

I coefficienti ottenuti dal modello di regressione log-lineare sono stati quindi trasformati per identificare una tariffa base e dei coefficienti di tipo moltiplicativo che 'aggiustano' la tariffa sulle caratteristiche individuali del pazienti, e che hanno quindi la finalità di bilanciare il case-mix di pazienti ipoteticamente presi in carico da una determinata struttura.

Definizione del modello

Il modello finale per la stima della tariffa è riportato nella tabella 4. La tariffa individuale si ottiene moltiplicando la tariffa base per i coefficienti che descrivono le caratteristiche individuali del paziente come rilevate dal DWH di RL al 1/1 dell'anno di applicazione del budget di cura.

Tabella 4. Tariffa base settimanale e coefficienti moltiplicativi di aggiustamento del case mix calcolabili attraverso le banche dati regionali.

tariffa base	**€533,05**
18-|44	**1,176**
45-|59	**1,127**
60-|69	**1,071**
70-|79	**1,044**
80+	**1,000**
Tempo in dialisi <12mesi	**1,000**
Tempo in dialisi 12-24 mesi	**1,091**
Tempo in dialisi >24 mesi	**1,222**
RSA	**0,955**
Neoplasia	**1,025**
Cardiopatia-vasculopatia	**1,025**
Diabete	**1,026**
Pregresso Trapianto	**1,064**

Applicando la tariffa alla popolazione di dializzati del 2014, si osserva un valore medio settimanale di 684.6 Euro, con un MAPE di 22.4% e un R^2 del 13%. L'applicazione della tariffa agli anni 2013 e 2014, confrontata con la spesa effettiva ha evidenziato globalmente uno scarto percentuale su base annua compreso tra -3 e +3 %.

Stima del budget di trasporto

In assenza di un sistema informativo regionale con dati sufficienti per un stima di un costo individuale per i pazienti dializzati, la stima del costo medio settimanale pro-capite per il trasporto è stato effettuato in maniera indipendente dalla stima del budget di cura.

Una stima del costo medio per paziente per settimana è stata ottenuta ripartendo la spesa totale preventivata 2016 per il numero di settimane/persona attese indipendentemente dalla modalità di dialisi applicata. A scopo di confronto con le tariffe medie in vigore relativamente al trasporto dializzati, nella tabella 5 si riportano le tariffe medie, nel caso di applicazione ai soli pazienti che effettivamente necessitano di trasporto (scenario HD). Essendo comunque il budget per il trasporto riconosciuto anche per i pazienti in dialisi domiciliare, il budget di trasporto settimanale medio risulta pari a € 44,32 per l e aree non metropolitane, e di € 63,99 per le aree metropolitane, con un valore medio regionale di € 50,71.

Tabella 5. Budget di trasporto/settimanale.

	Scenario HD	**Tutti i dializzati**
	Budget medio/settimana	***Budget medio/settimana***
Regione Lombardia	*€ 61,02*	*€ 50,71*
ATS non area metropolitana	€ 53,67	€ 44,32
ATS area metropolitana	€ 76,00	€ 63,99

Modalità di remunerazione

Budget di cura

Entrano nel programma i pazienti dializzati cronici (in cui è prevista una durata di dialisi > 4 settimane), a partire dalla prima prestazione ambulatoriale di dialisi, venendo attribuiti al centro in cui viene effettuata la registrazione di arruolamento del paziente.

Il tempo di esposizione alla dialisi viene calcolato dalla prima prestazione all'ultima dell'anno sol are.

L'esposizione termina alla data dell'eventuale trapianto renale (anche se il trattamento dialitico può proseguire successivamente) o per interruzioni > 7 giorni. L'esposizione termina anche quando il paziente viene preso in carico da un altro centro e viene pertanto registrato il disarruolamento del paziente.

Sulla base del periodo di esposizione così determinato viene applicato il valore del budget di cura settimanale individuale al numero di settimane di effettiva presa in carico. L'insieme delle val orizzazione costituisce i budget del centro, ovvero la spesa attesa per la gestione clinica.

La rendicontazione di tutte le prestazioni ambulatoriali avviene mensilmente come di norma attraverso il flusso 28/SAN e della farmaceutica convenzionata o File F relativa alle Eritropoietine, incluse le prestazioni effettuate fuori regione. La valorizzazione lorda di tutte le prestazioni e dei farmaci secondo le tariffe regionali di riferimento costituisce la spesa osservata per la gestione clinica.

Al termine dell'anno di riferimento viene effettuata la valutazione dello scarto assoluto tra spesa attesa e osservata (delta), soggetta ad eventuali aggiustamenti al momento del consolidamento dei flussi, in particolare rispetto alle prestazioni fuori regione.

Budget di trasporto

Ad ogni paziente, sulla base della ATS di residenza, viene associata la spesa media attesa settimanale per il trasporto per il periodo di esposizione così come calcolato per il budget di cura. L'insieme di tali valorizzazioni costituisce i budget relativo ai trasporti attribuibile al centro, ovvero la spesa attesa per il trasporto.

La gestione del servizio, in attesa della riorganizzazione delle nuove aziende, viene svolta dall'ATS e sarà rendicontata attraverso uno specifico flusso informativo.

Il valore dell'insieme delle prestazioni di trasporto ascrivibili all'assistito arruolato per il periodo di esposizione costituisce la spesa osservata per il trasporto.

Al termine dell'anno di riferimento viene effettuata la valutazione dello scarto assoluto tra spesa attesa e osservata (delta).

Contestualmente sarà possibile calcolare un delta totale (che combina il delta del budget di cure e dei trasporti) a cui potranno essere applicati sistemi di aggiustamento basati a compensare variazioni eccessive della spesa osservata rispetto a quella attesa, attraverso applicazione di specifiche tecniche attuariali.

Sistema di monitoraggio della qualità

Il sistema di monitoraggio della qualità ha la finalità di definire a priori indicatori rilevanti e facilmente misurabili per il monitoraggio della qualità delle cure (*health care quality indicators* – HCQI), come parte integrante del nuovo sistema di remunerazione.

In generale gli indicatori dovranno misurare l'impatto (diretto o indiretto) sui seguenti domini:

- Efficacia
- Continuità delle cure
- Salute di popolazione
- Sicurezza
- Accessibilità alle cure
- Impatto sul contesto familiare

Gli indicatori verranno sviluppati nelle seguenti categorie suddivise per tipologia di indicatore:

- **Outcome**
  - Health related quality of life
  - Mortalità
  - Ospedalizzazione/re-ospedalizzazione
  - Soddisfazione del paziente
- **Processo**
  - Educazione sanitaria, prevenzione complicanze, eventi avversi, sorveglianza
  - Gestione comorbidità
  - Integrazione dell'assistenza
  - Trasporti
  - Gestione insufficienza renale terminale
    - Trattamento dialitico
    - Accessi vascolari
    - Metabolismo calcio/fosforo
    - Ferro/emoglobina
- **Struttura**
  - Requisiti strutturali
  - Personale
  - Programmi di controllo

La scelta degli indicatori di qualità delle cure verrà effettuata attraverso i seguenti criteri: evidenza scientifica; margine di miglioramento; impatto e priorità; relazione tra indicatore di struttura e salute del paziente; *reliability*; disponibilità delle informazioni; trasparenza della misura; armonizzazione in un sistema di indicatori.

Gli indicatori inseriti nel sistema di monitoraggio dovranno essere misurati in modo 'passivo' integrando fonti dati disponibili di tipo amministrativo, clinico (rete di patologia) e di laboratorio.

Sperimentazione (e valutazione)

Il nuovo sistema di remunerazione del paziente dializzato verrà sottoposto a valutazione prospettica.

Centri partecipanti

La sperimentazione avrà luogo nei seguenti Centri che hanno aderito su base volontaria

Tabella 6. Elenco dei centri che potranno entrare in sperimentazione.

Centro
Bergamo
Bollate
Cinisello Balsamo.
Lecco
Legnano
Milano Fatebenefratelli
Monza
Multimedica (Sesto SG, Castellanza, PAT)
Pavia Fondazione Maugeri

I centri inizieranno l'arruolamento dei pazienti entro la prima metà del 2016.

Pazienti

Verranno arruolati nella sperimentazione i pazienti con insufficienza renale e terapia dialitica in carico presso i centri partecipanti (sia i casi prevalenti sia quelli incidenti).

Esposizione

I pazienti verranno arruolati attraverso un sistema informativo esistente (rete nefrologica) finalizzato alla conferma della associazione tra paziente e centro.

Alla coorte dei pazienti arruolati verrà appaiata per periodo di esposizione una coorte di pazienti non arruolati.

Follow-up

Tutti i pazienti verranno seguiti prospetticamente con la cadenza prevista dalla normale pratica clinica per 12 mesi.

Variabili

Per tutti i pazienti (arruolati e non arruolati) saranno considerate le variabili demografiche e cliniche derivabili dai database amministrativi e dai database dei laboratori analisi per il periodo in studio.

All'inizio e alla fine del della sperimentazione sarà somministrato un questionario per la rilevazione della qualità della vita (SF-12).

Nel corso del periodo di studio verrà effettuata una *Survey* sulla soddisfazione del paziente.

Analisi di monitoraggio

A cadenza mensile verrà generato un report degli indicatori suddiviso per centro ed analizzata la variazione nel tempo degli indicatori e lo scarto tra la spesa attesa e la spesa osservata (ovvero già rendicontata).

Analisi di valutazione

A 6 e 12 mesi verranno effettuate analisi di confronto tra la popolazione dei pazienti dializzati seguiti utilizzando modelli aggiustati per le differenze demografiche, cliniche e laboratoristiche basali, rispetto al rischio di ospedalizzazione per tutte le cause. Ulteriori analisi secondarie valuteranno l'influenza sull'intero set di indicatori di monitoraggio sviluppati.

Sample size

Ipotizzando un rischio annuo basale di ospedalizzazione pari al 50%, avendo a disposizione un minimo di 1000 soggetti arruolati in sperimentazione e 5000 non arruolati, un incremento statisticamente significativo del 5% del rischio di ospedalizzazione, con un errore alpha del 5%, può essere evidenziato con una potenza del 81%. Tale numerosità dovrebbe essere ampiamente garantita dai centri che hanno dato adesione alla sperimentazione.

SUB ALLEGATO 15

LINEE GUIDA PER LA GESTIONE DEI TRASPORTI SANITARI SEMPLICI DI SOGGETTI NEFROPATICI SOTTOPOSTI A SEDUTE DIALITICHE E AGGIORNAMENTO DELLE RELATIVE TARIFFE DI RIMBORSO

La Direzione Generale Salute (ora Welfare) con nota prot. n. H1.2015.0022609 del 28.07.2015 ha istituito un apposito Gruppo di Approfondimento Tecnico (GAT), composto da dirigenti regionali, AREU, esperti delle ASL, AO e ARCA Lombardia, al fine di:

- rivedere le tariffe di rimborso delle spese di trasporto dei pazienti nefropatici sottoposti a trattamento dialitico;
- uniformare, a livello regionale, le tariffe per il trasporto di tali pazienti con autovettura e furgone finestrato;
- predisporre linee guida da fornire alle Aziende/Agenzie del Servizio Sanitario Regionale concernenti la modalità dei controlli da effettuare sulle rendicontazioni economiche delle spese presentate dagli interessati.

Il succitato Gruppo di Approfondimento Tecnico in merito agli obiettivi sopra indicati ha prodotto i seguenti esiti:

- aggiornamento delle tariffe di rimborso per il trasporto dei pazienti nefropatici sottoposti a trattamento dialitico definendo, in particolare, le tariffe di rimborso per il trasporto sanitario semplice dei pazienti con le autovetture e i furgoni finestrati (**sub-allegato A** "*Tariffe di rimborso delle spese di trasporto dei soggetti nefropatici sottoposti a trattamento dialitico*");
- linee guida per la gestione dei trasporti sanitari semplici di soggetti sottoposti a sedute dialitiche e relativa procedura dei controlli che forniscono alle Aziende/Agenzie del Servizio Sanitario Regionale indicazioni per la corretta gestione del trasporto dei soggetti nefropatici e le modalità di rimborso con le relative procedure di controllo (**sub-allegato B** "*Linee guida per la gestione dei trasporti sanitari semplici di soggetti sottoposti a sedute dialitiche e relativa procedura dei controlli")*;
- schema-tipo di convenzione tra le Aziende/Agenzie del Servizio Sanitario Regionale e gli Enti/Imprese/Associazioni di volontariato che ha lo scopo di omogeneizzare, su tutto il territorio lombardo, gli elementi fondamentali riguardanti il trasporto di pazienti nefropatici sottoposti a trattamento dialitico (**sub-allegato C** "*Schema-tipo di convenzione tra le Aziende/Agenzie del Servizio Sanitario Regionale e gli Enti/Imprese/Associazioni di volontariato")*;

L'aggiornamento delle tariffe di rimborso è stato effettuato in base ad una puntuale analisi dei fattori produttivi di costo (costo del personale, ammortamento ambulanza/pulmino/auto, consumi, etc.) e che nel corso del 2016 verrà verificata la congruità di tali tariffe al fine di apportare eventuali revisioni con apposito provvedimento della Giunta regionale.

Come già previsto dalla DGR n. V/50404 del 28.3.1994 e successive modifiche e integrazioni, viene confermata la possibilità che il rimborso delle spese di trasporto possa essere effettuato dalle Aziende/Agenzie del Servizio Sanitario Regionale, per conto delle persone sottoposte a trattamento dialitico, direttamente agli Enti/Imprese/Associazioni di volontariato previa apposita stipulazione di convenzione, nei casi ammessi dalla normativa vigente.

La Direzione Generale Welfare provvede a fornire specifiche indicazioni alle Aziende/Agenzie del

Servizio Sanitario Regionale, relativamente all'attivazione di uno specifico flusso informativo per la rendicontazione delle spese di rimborso per il trasporto dei pazienti nefropatici sottoposti a trattamento dialitico.

SUB-ALLEGATO A - TARIFFE DI RIMBORSO DELLE SPESE DI TRASPORTO DEI SOGGETTI NEFROPATICI SOTTOPOSTI A TRATTAMENTO DIALITICO

Tariffa 1

Trasporti in Comuni con popolazione superiore a 150.000 abitanti

			Tariffa
Tariffa 1	città > 150.000 abit.	Mezzo proprio	0,32€/km
		Furgone o Autovettura con 1 autista	€ 24,00
		Furgone con 1 autista e 1 accompagnatore	€ 42,00
		Ambulanza	€ 49,00

Tariffa 2

Trasporti nei Comuni dell'Hinterland milanese ai centri dialisi dei presidi sanitari del Comune di Milano

			Tariffa
Tariffa 2	hinterland	Mezzo proprio	0,32€/km
		Furgone o Autovettura con 1 autista	€ 27,00
		Furgone con 1 autista e 1 accompagnatore	€ 46,00
		Ambulanza	€ 54,00
Sono da considerarsi Comuni dell'hiterland milanese i seguenti: Assago, Bollate, Bresso, Buccinasco, Cesano Boscone, Cinisello Balsamo, Cologno Monzese, Cormano, Corsico, Cusano Milanino, Novate Milanese, Opera, Pero, Peschiera Borromeo, Rozzano, S. Donato Milanese, Segrate, Sesto S. Giovanni, Settimo Milanese, Trezzano sul Naviglio e Vimodrone			

Tariffa 3

Trasporti dai Comuni con popolazione inferiore a 150.000 abitanti o da tali Comuni a Comuni distanti meno di 15 km a tratta

			Tariffa
Tariffa 3	≤ 15km/tratta	Mezzo proprio	0,32€/km
		Furgone o Autovettura con 1 autista	€ 24,00
		Furgone con 1 autista e 1 accompagnatore	€ 42,00
		Ambulanza	€ 46,00

Tariffa 4

Trasporti dai Comuni con popolazione inferiore a 150.000 abitanti o da tali Comuni a Comuni distanti più di 15 km a tratta

			Tariffa
Tariffa 4	> 15Km/tratta	Mezzo proprio	0,32€/km
		Furgone o Autovettura con 1 autista	24€ + € 0,50/km > 30 km
		Furgone con 1 autista e 1 accompagnatore	42€ + € 0,80 /km > 30 km
		Ambulanza	46€ + € 0,95/km > 30km

	Maggiorazione 2 trasportati	**Maggiorazione 3 trasportati**	**Maggiorazione >3 trasportati**
Furgone o Autovettura a 1 accompagnatore	€ 10,00	€ 7,00	-
Furgone con 1 autista e 1 accompagnatore	€ 12,00	€ 9,00	€ 9,00
Ambulanza	€ 14,00	-	-

SUB-ALLEGATO B LINEE GUIDA PER LA GESTIONE DEI TRASPORTI SANITARI SEMPLICI DI SOGGETTI SOTTOPOSTI A SEDUTE DIALITICHE E RELATIVA PROCEDURA DEI CONTROLLI.

Le parole chiave che hanno ispirato questo documento sono:

a) "*appropriatezza*" della modalità di trasporto;
b) "*uniformità e omogeneità*" delle modalità di rimborso, ammettendo comunque deroghe motivate in casi eccezionali;
c) "*valutazione* 'ex ante' " delle scelte del servizio e dei relativi costi;
d) "*controlli*" sulla qualità e sull'entità dei rimborsi;
e) "*informatizzazione*" dei dati con creazione di appositi sistemi o flussi di rilevazione e monitoraggio;

In particolare, il documento definisce:

1) Ambito di applicazione
2) Soggetti coinvolti
3) Tipologie di trasporto autorizzate
4) Esclusioni/eccezioni
5) Modalità di rimborso e procedure amministrative :
   - 5.1 Modalità di conteggio del rimborso
6) Procedura dei controlli :
   - 6.1 Provvedimenti a seguito delle verifiche e dei controlli

1. AMBITO DI APPLICAZIONE

Il presente documento disciplina le modalità di trasporto dei soggetti nefropatici cronici sottoposti a trattamento di dialisi, previa certificazione rilasciata dal Responsabile del Centro Dialisi di riferimento, dalla dimora degli stessi al Centro di Dialisi più vicino e dal Centro Dialisi alla dimora; nel dettaglio, individua le diverse tipologie di trasporto ammesse:

- trasporto mediante ambulanza, limitatamente ai casi in cui la certificazione del Centro Dialisi ritenga tale modalità di trasporto necessaria, per servizi effettuati da soggetti convenzionati/contrattualizzati con l'Azienda. Il relativo regime si applica anche nei casi di servizi gestiti in economia direttamente dall'Azienda;
- trasporto mediante impiego di autovetture o furgoni finestrati, per servizi effettuati da soggetti convenzionati con le Aziende/Agenzie del Servizio Sanitario Regionale;
- trasporti mediante mezzo proprio;
- trasporti mediante l'utilizzo di servizi pubblici di trasporto.

2. SOGGETTI COINVOLTI

Le presenti Linee Guida sono rivolte a tutti i soggetti coinvolti, a vario titolo, nel servizio di trasporto:

1. Destinatari del servizio: utenti nefropatici cronici, residenti/domiciliati nel territorio lombardo, sottoposti a sedute dialitiche;
2. Associazioni di volontariato/Enti/Imprese (di seguito denominati Vettori): soggetti incaricati di svolgere il servizio di trasporto sanitario semplice, in virtù di accordi convenzionali/contrattuali stipulati con le Aziende/Agenzie del Servizio Sanitario Regionale a seguito di apposite procedure;
3. Aziende/Agenzie del Servizio Sanitario Regionale (di seguito denominate Azienda) tenute a garantire all'utenza un servizio efficiente, costante, nel rispetto della normativa e della regolamentazione regionale e nazionale in materia;
4. Centri Dialisi di riferimento, incaricati di certificare, in capo ai pazienti, le modalità di trasporto.

Per quanto specificamente concerne l'affidamento dei servizi, si raccomanda, in ogni caso, l'espletamento di procedure trasparenti e non discriminatorie, atte a coniugare il principio di libera concorrenza con quello di

solidarietà di cui all'art. 2 della Costituzione.
Con l'occasione, si segnala che, sino a nuove e diverse disposizioni regionali, le procedure per l'affidamento dei servizi di trasporto dializzati devono essere attivate dalle singole aziende, preferibilmente in aggregazione, nelle more della piena attuazione dell'art. 16 della l.r. 23/2015.

3. TIPOLOGIE DI TRASPORTO AUTORIZZATE

Di seguito si descrivono le diverse tipologie di trasporti:

a) Trasporto mediante ambulanza: la necessità della presente tipologia deve essere individuata dal Centro Dialisi di riferimento, che, con apposita certificazione, dichiara le condizioni cliniche dell'assistito e la conseguente necessità di usufruire del "Trasporto protetto".

Tale trasporto deve essere effettuato e gestito da Soggetti in possesso dei requisiti soggettivi, strutturali e tecnico organizzativi definiti dalla specifica disciplina regionale, al cui contenuto integralmente si rimanda, in tema di: personale, mezzi e sedi.
Personale minimo necessario per il trasporto in ambulanza: due unità (uno con funzioni di guida ed uno di accompagnatore).
Di norma in ambulanza è previsto il trasporto di singolo utente per ogni viaggio, salvo casi in cui due pazienti, con certificazione resa in tal senso, possano essere trasportati contemporaneamente; in nessun caso l'ambulanza può trasportare oltre due utenti.

b) Trasporto mediante Autovettura/Furgone finestrato del Vettore incaricato: la possibilità di usufruire della presente tipologia deve essere individuata dal Centro Dialisi di riferimento, che, con apposita certificazione, dichiara la compatibilità delle condizioni cliniche dell'assistito.

Trattasi di Trasporto Sanitario Semplice per pazienti che, in assenza di bisogno di assistenza sanitaria specifica durante il trasferimento, necessitano di accompagnamento presso le Strutture Sanitarie.

Tale trasporto deve essere effettuato e gestito da Soggetti in possesso dei requisiti soggettivi, strutturali e tecnico organizzativi definiti dalla specifica disciplina regionale, al cui contenuto integralmente si rimanda, in tema di: personale, mezzi e sedi.
Personale necessario per il trasporto con furgone finestrato e con autovetture: minimo una unità (autista), **coadiuvata, ove richiesto dal Centro Dialisi, da un accompagnatore.**

Condizione necessaria affinché l'Azienda possa autorizzare il trasporto mediante furgone finestrato (in presenza di certificazione del Centro Dialisi) è la compresenza, nell'ambito dello stesso viaggio, di almeno due trasportati.
Qualora, per esigenze contingenti – preventivamente comunicate all'Azienda di riferimento – il Vettore si trovasse nella necessità di effettuare viaggi con furgone finestrato dedicati ad un solo paziente, verrà applicata la tariffa relativa al rimborso con autovettura.

c) Mezzo proprio/servizio pubblico di trasporto: ove compatibile con la situazione clinica/familiare/ambientale, l'assistito può gestire in proprio i trasferimenti dalla dimora al Centro Dialisi e viceversa, accedendo alle modalità di rimborso disciplinate dal presente documento, con riferimento all'utilizzo del mezzo proprio o di servizi pubblici di trasporto.

4. ESCLUSIONI/ECCEZIONI

Vengono autorizzati esclusivamente i rimborsi relativi al kilometraggio:

- effettuato con:
  - ambulanza,
  - furgone finestrato,
  - autovettura,
  - mezzo proprio,
- per le tratte:
  - andata dalla dimora del paziente al Centro Dialisi di riferimento
  - ritorno dal Centro Dialisi di riferimento alla dimora dell'utente.

Nel caso di accertata necessità e di autorizzazione al trasporto in ambulanza/furgone finestrato/auto vettura per il solo percorso di andata al Centro Dialisi o di solo ritorno dallo stesso, le tariffe vengono dimezzate.

E' vietato ai Vettori di richiedere ai pazienti eventuali rimborsi aggiuntivi.

Non vengono più autorizzati rimborsi, nei seguenti casi:

a) doppio viaggio, intendendo per tale: ANDATA/RITORNO + ANDATA/RITORNO;
b) computo del kilometraggio dalla sede del Vettore (viaggio di andata) e fino alla sede del Vettore (viaggio di ritorno);
c) diritto di uscita, intendendo per tale una quota forfettaria da corrispondere al Vettore per ogni viaggio ed in aggiunta alle tariffe come definite dal presente documento;
d) attività di coordinamento, intendendo per tale un valore forfettario corrisposto al Vettore in aggiunta alle tariffe come definite dal presente documento;
e) fermo macchina: valore forfettario remunerante il periodo di stazionamento del mezzo;
f) qualsiasi altra indennità, come qualsivoglia definita, che esuli dalle tariffe e dalle modalità di applicazione delle stesse definite dal presente documento.

Ad ogni buon conto l'Azienda interessata può autorizzare deroghe rispetto a quanto sopra stabilito per alcuni casi assolutamente eccezionali, motivandole adeguatamente.

5. MODALITA' DI RIMBORSO E PROCEDURE AMMINISTRATIVE

Il presente articolo, in linea con i provvedimenti normativi in vigore, definisce l'iter amministrativo per il finanziamento delle diverse tipologie di trasporto.
La procedura descritta definisce un ITER TIPO, da adattare alle specificità delle singole organizzazioni aziendali, anche con riferimento alla possibilità di gestire la materia mediante software dedicati.

A) Procedure per il trasporto in ambulanza, furgone finestrato o autovettura

Documentazione necessaria

1) Certificazione del Centro Dialisi

Possono usufruire del trasporto sanitario semplice per effettuazione del trattamento dialitico i pazienti per i quali il Centro Dialisi abbia attestato la necessità con apposita certificazione comprovante:

- diagnosi;
- individuazione del mezzo idoneo al trasporto sanitario semplice;
- tipo di viaggio: andata/ritorno: dalla dimora al centro dialisi, oppure solo andata o solo ritorno;
- timbro e firma del Medico in originale e leggibili, timbro del Centro di Dialisi;
- giorni e orari di effettuazione della dialisi;
- durata prestabilita (inferiore o uguale ai 6 mesi, fino ad un anno, illimitata (tendenzialmente per pazienti bi-amputati, cardiopatici gravi, grandi anziani).

SI riportano di seguito i criteri clinici per l'individuazione del mezzo idoneo di trasporto a cui si devono attenere i Centri Dialisi:

- Trasporto con ambulanza: pazienti le cui condizioni cliniche non consentono il trasporto con gli altri mezzi: es. paziente allettato, paziente cachettico, paziente con scompenso cardiaco severo (es classe NYHA III-IV), paziente con frequenti episodi di ipotensione post-dialisi.
- Trasporto con accompagnatore (anche ausilio di carrozzina): pazienti che non possono muoversi autonomamente dalla dimora al Centro Dialisi, ossia paziente con grave limitazione alla deambulazione, paziente in ossigenoterapia cronica, paziente con rischio medio-basso di scompenso cardiocircolatorio, grave stato involutivo senile, grave arteriopatia periferica, rischio di ipotensione post-dialisi, insufficienza respiratoria, barriere architettoniche alla dimora.

- Trasporto solo con autista: pazienti con una discreta autonomia motoria, che possono compiere da soli il tragitto dalla propria dimora al mezzo di trasporto (sia all'andata che al ritorno).

Il Centro Dialisi è tenuto a redigere nuova certificazione in tutti i casi in cui vengano a modificarsi le condizioni attestate dalla prima certificazione e, più in generale, ogni qualvolta si verifichi una variazione in grado di determinare una ricaduta sull'entità del rimborso ai Vettori (es.: passaggio da ambulanza ad autovettura/furgone, modifica della durata del certificato, ricovero, trasferimento del paziente, ecc.).

Non è necessaria la Certificazione nel caso in cui il Centro Dialisi ritenga indispensabile effettuare una o, comunque, un limitato numero di sedute aggiuntive (es: per pazienti in sovrappeso, scompenso cardiaco, catetere mal funzionante); tali situazioni devono però essere annotate dal Centro Dialisi nel riepilogo mensile.

Il Centro Dialisi trasmette la certificazione all'Azienda di appartenenza dell'assistito.
Nel caso in cui il trasporto sanitario semplice debba interrompersi (decesso del paziente, o trasferimento altrove del paziente, ecc.) o nel caso ne ravvisi le necessità e le condizioni il Centro Dialisi revoca la certificazione**.**

2) Autorizzazione al trasporto – Assegnazioni pazienti
L'Azienda di appartenenza dell'assistito:
- **procede all'assegnazione del paziente ai Vettori** convenzionati secondo i criteri di razionalizzazione del servizio in particolare nel rispetto delle aree territoriali di afferenza (ambiti o lotti territoriali) di ciascun Vettore**.**
- **rilascia** l**'autorizzazione al trasporto** e la trasmette al Centro di Dialisi ed ai Vettori. Tale comunicazione è necessaria ogni qualvolta in cui il Centro di Dialisi **modifica la certificazione** rilasciata in prima istanza, così come indicato al punto precedente e nell'ipotesi **di cambio di residenza o dimora, comunicato dal** paziente tempestivamente all'Azienda.

B) Procedure per il rimborso delle spese per dializzati che utilizzano i servizi pubblici di trasporto o il mezzo proprio

Documentazione necessaria
- L'assistito presenta all'Azienda di appartenenza la richiesta di rimborso indicando il tipo di trasporto utilizzato;
- Il Centro di Dialisi comunica all'Azienda competente l'elenco degli assistiti e il numero di dialisi effettuate.

Verifiche dell'Azienda:
- effettua il controllo tra i dati trasmessi dal Centro Dialisi e quanto dichiarato dall'assistito nella richiesta di rimborso al fine di verificarne la conformità; per i trasporti con mezzo pubblico verifica i giustificativi dei trasporti sulla base di quanto dichiarato dal Centro Dialisi;
- aggiorna progressivamente lo stato del budget per ciascun paziente al fine di monitorare i contributi erogati;
- nel caso di utilizzo del mezzo proprio, l'Azienda calcola l'importo da corrispondere all'assistito nel seguente modo: Km totali (Km dalla dimora dell'interessato al Centro Dialisi x 2 x il numero delle sedute dialitiche effettuate) x € 0,32/km.

C) Procedure per il rimborso delle spese per le dialisi effettuate al di fuori del territorio di competenza dell'Azienda (per temporaneo soggiorno in Italia o all'estero)

Documentazione necessaria

L'assistito:

- chiede preventiva autorizzazione all'Azienda di appartenenza specificando il periodo, la località, la struttura pubblica o privata presso la quale intende recarsi;
- compila richiesta di rimborso allegando le spese sostenute.

L'Azienda, previa verifica delle spese presentate, provvede alla liquidazione delle stesse.

5.1 MODALITÀ DI CONTEGGIO DEL RIMBORSO

Scopo del presente articolato è quello di fornire indicazioni in ordine alla modalità di calcolo del rimborso.

Modalità di calcolo del costo di trasporto ai fini della seduta dialitica.

Il costo del trasporto per ciascun assistito deve essere calcolato sulla base dell'importo costante dei km prestabiliti ove previsti, e delle tariffe convenzionali applicate alle diverse tipologie di trasporto (singolo, plurimo, andata e/o ritorno).

Conteggio dei chilometri - sia per ambulanza che per autovettura/furgone - deve essere effettuato tramite l'applicativo on-line *Google Maps* – inserendo comune, via e numero civico sia della dimora paziente che del Centro Dialisi, facendo riferimento al percorso più breve.

Tale rimborso deve comunque essere costante e non può subire variazioni, salvo che sopravvengano modificazioni permanenti, per le quali si renda necessario rilasciare nuova autorizzazione (es. cambio residenza/dimora del paziente, ecc).

Eventuali deroghe all'autorizzazione iniziale (che non comportano, pertanto, il rilascio di una nuova) devono essere concordate con l'Azienda e giustificate formalmente dai Vettori, ad esempio:

- casi eccezionali e di durata predefinita (cambio temporaneo della dimora del paziente, interruzione strada).
- variazione temporanea della tipologia di trasporto (ad es.: temporaneo ricovero del paziente).

Trasporto plurimo

Per quanto riguarda il trasporto plurimo, occorre tener conto della condizione di debolezza di tali persone dopo il trattamento dialitico e, pertanto, particolare attenzione deve essere posta riguardo il numero dei trasportati per assicurare tempi ragionevolmente brevi di andata e ritorno.

Per i trasporti plurimi sono state individuate delle maggiorazioni in funzione del numero di pazienti trasportati.

Con riferimento al trasporto con furgone finestrato si applica quanto indicato in precedenza: qualora, per necessità contingenti– preventivamente comunicate all'Azienda di riferimento – il Vettore si trovasse nella necessità di effettuare viaggi con furgone finestrato dedicati ad un solo paziente, verrà applicata la tariffa relativa al rimborso con autovettura.

Nel caso di trasporto plurimo di due pazienti che beneficiano di diversa tipologia di rimborso si applicano le tariffe definite per ogni paziente più le maggiorazioni di cui al sub-allegato A del presente documento.

6. PROCEDURA CONTROLLI

Il presente articolo declina l'iter procedurale per l'attuazione dei controlli dell'attività resa dai soggetti affidatari del servizio, definendo diversi livelli di verifica : controlli "ex ante", controlli "in itinere" e controlli "ex post".

Fase controlli "ex ante"

Di seguito si riportano i controlli da effettuare relativamente alla fase "ex ante" con riferimento ai seguenti ambiti:

1) Aspetto economico-amministrativo:

L'Azienda al momento della presa in carico del paziente nefropatico deve svolgere una puntuale valutazione "ex ante" dei costi di trasporto di tale soggetto (definendo preventivamente il percorso/Kilometraggio di ogni

paziente) al fine di stabilirne i costi a carico del bilancio dell'Azienda stessa, facilitando, altresì, la fase di liquidazione nonché i successivi controlli dei rendiconti economici presentati da parte degli interessati.

2) Aspetto sanitario:

L'Azienda verifica, in collaborazione con il Nucleo Operativo di Controllo (NOC), l'esistenza dei requisiti clinici richiesti per accedere al servizio di trasporto protetto mediante ambulanza, furgone finestrato e autovettura. Più precisamente la verifica concerne l'appropriatezza delle certificazioni rilasciate dai Responsabili dei Centri Dialisi.

I controlli devono essere eseguiti su un campione non inferiore al 30% dei pazienti per ogni Centro Dialisi.

Fase controlli "in itinere"

Di seguito si riportano i controlli da effettuare relativamente alla fase "in itinere" del rapporto convenzionale/contrattuale stipulato con i Vettori:

a) Vigilanza sulla applicazione delle condizioni contrattuali e verifica della presenza dei requisiti autorizzativi

Al fine di ottemperare ai contenuti contrattuali, l'Azienda vigila sulla corretta esecuzione del quadro prestazionale e determina l'applicazione delle penali e dei diversi istituti previsti dalla convenzione/contratto in ordine all'inadempimento contrattuale.

L'Azienda, inoltre, attua una verifica amministrativa dei requisiti autorizzativi: per sede operativa, automezzi (da mantenere in perfetta efficienza secondo i requisiti previsti a livello normativo, con aggiornamento dell'elenco dei mezzi usati entro il 31 gennaio di ogni anno), personale (il cui elenco deve essere tenuto costantemente aggiornato), formazione del personale ecc.

Periodicità del controllo: almeno semestrale

b) Ispezioni a campione (sopralluoghi sul campo), sia presso le sedi dei Vettori convenzionati, sia presso il Centro Dialisi di riferimento, per verificare:

- la coincidenza tra mezzi dichiarati e mezzi effettivamente utilizzati;
- effettivo numero di pazienti trasportati contemporaneamente rispetto a quanto dichiarato ed autorizzato;
- numero operatori presenti sul mezzo: autista + accompagnatore, ove richiesto;
- la presenza per le ambulanze e furgoni finestrati di tutti i dispositivi e attrezzature previsti dalla normativa regionale in materia.

Periodicità del controllo**:** almeno trimestrale

c) Verifica del grado di soddisfazione degli utenti e rilievi di eventuali criticità nell'attività resa dai Vettori

L'Azienda annualmente provvede, garantendo l'anonimato, a somministrare direttamente o telefonicamente un questionario di rilevazione ad un campione almeno di 5 pazienti per Vettore. L'Azienda coinvolge in tale verifica l'Associazione più rappresentativa degli emodializzati.

Fase controlli "ex post"

Di seguito si riporta il controllo da effettuare relativamente alla fase "ex post":

Verifica amministrativa di congruità

Tale fase di verifica è finalizzata a controllare la congruità tra quanto certificato dal Centro Dialisi (totale delle dialisi, date, orari delle stesse effettuate nel mese precedente nonché ogni variazione avvenuta quale ricovero, decesso o altro) e quanto rendicontato dal Vettore sulla base dell'autorizzazione al trasporto.

Il rimborso del trasporto relativo ad ogni seduta deve essere calcolato sulla base dell'importo costante dei km prestabiliti e delle tariffe convenzionali applicate alle diverse tipologie di trasporto (singolo, plurimo, andata e/o ritorno).

Periodicamente, inoltre, l'Azienda procede alla corrispondenza tra i dati riportati sul rendiconto dei trasporti

giornalieri ed i dati relativi alla scheda mensile per paziente, che determina il valore da riconoscere al Vettore per singolo paziente trasportato.

Periodicità del controllo: mensile.

6.1 PROVVEDIMENTI A SEGUITO DELLE VERIFICHE E DEI CONTROLLI

L'Azienda procede secondo la gravità dell'infrazione:

a) alla diffida, stabilendo un termine entro il quale devono essere eliminate le inosservanze;

b) alla diffida e contestuale sospensione dell'autorizzazione per un tempo determinato ove sia rilevata la carenza di requisiti organizzativi e/o strutturali fondamentali per la sicurezza e la salute dei pazienti. In tal caso la sospensione sarà operativa fino a quando la rilevata carenza non venga rimossa;

c) diffida con prescrizione nel caso di mancato rispetto del Vettore della modalità di trasporto connessa al rimborso economico;

d) alla revoca dell'autorizzazione in caso di mancato adeguamento alle prescrizioni imposte con la diffida e in caso di reiterate violazioni che determinano carenza di requisiti organizzativi e/o strutturali fondamentali per la sicurezza e la salute dei pazienti oppure non ottemperanza del rispetto delle quote di rimborso previste.

SUB-ALLEGATO C

SCHEMA – TIPO DI CONVENZIONE TRA AZIENDE/AGENZIE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE E L'IMPRESA/ENTE/ASSOCIAZIONE/COOPERATIVA PER IL TRASPORTO SANITARIO SEMPLICE DI SOGGETTI NEFROPATICI SOTTOPOSTI A TRATTAMENTO DIALITICO.

L'anno ..... addì ..... del mese di .....

T R A

L'Aziende/Agenzie del Servizio Sanitario Regionale (di seguito denominati Azienda) con sede legale in ..... C.F. e P.I. ....., nella persona del Direttore Generale, Legale Rappresentante Dr. .....

E

L'Impresa/Ente/Associazione/Cooperativa .....

(di seguito denominata "**Vettore**") con sede in .....

C.F. ..... – P.I. n. .....

qui rappresentata dal legale rappresentante .....

nato a ..... il .....

P R E M E S S O

- che il comma 1 lettera c) dell'art. 43 della legge regionale n. 33/2009 prevede l'erogazione del rimborso delle spese sostenute per il trasporto in ambulanza dei soggetti nefropatici sottoposti a trattamento dialitico;

- che con deliberazione n. V/50404 del 28/3/1994 la Giunta Regionale della Lombardia ha determinato i criteri e le tariffe di rimborso delle spese sostenute per il trasporto in autoambulanza dei pazienti uremici sottoposti a trattamento dialitico;

- che con la citata deliberazione n. V/50404 del 28/3/1994 la Giunta Regionale della Lombardia, allo scopo di uniformare le tariffe richieste ai singoli soggetti da parte degli Enti, Organizzazioni, ed Associazioni di Volontariato che effettuano il trasporto, ha stabilito che il rimborso delle spese per i trasporti a mezzo di autoambulanza può essere effettuato per conto delle persone sottoposte a trattamento dialitico dalla Azienda di residenza del soggetto, direttamente agli Enti, Organizzazioni ed Associazioni di Volontariato previa stipulazione con gli stessi di specifica convenzione;

- che con DGR VII/20472 del 7/2/05 è stato rideterminato nella misura del 23% l'aumento delle tariffe stabilite con DGR V/50404 del 28/3/94;

- che con DGR VII/9394 del 6/5/2009 è stato determinato nella misura del 10% l'aumento delle quote massime di rimborso tariffario per le spese di trasporto sanitario in autoambulanza dei pazienti nefropatici sottoposti a trattamento dialitico, stabilite con DGR VII/20472 del 7/2/2005;

- che con la DGR X/…. del **……(*specificare citando la presente deliberazione)*** la Giunta Regionale ha approvato le "Linee guida per la gestione dei trasporti sanitari semplici di soggetti sottoposti a sedute

dialitiche e relativa procedura dei controlli", nonché la revisione delle tariffe di rimborso per le spese di trasporto sanitario dei pazienti nefropatici sottoposti a trattamento dialitico;

- che l'Azienda …… prevede, per i trasporti in oggetto, la stipula di apposite convenzioni, a seguito di apposite procedure di selezione, con i Vettori in possesso dei requisiti previsti dalle disposizioni regionali;

- che l'Azienda …… nell'ambito della propria autonomia amministrativa e gestionale ed al fine di maggiormente tutelare con ogni azione possibile i pazienti nefropatici sottoposti a trattamento dialitico, prevede la stipula di convenzioni per il trasporto sanitario semplice tramite:
  - ambulanze
  - autovettura
  - furgone finestrato

- che il rimborso diretto ai Vettori a cura della Azienda è effettuato limitatamente ai casi in cui tali mezzi sono ritenuti indispensabili in base a relazioni cliniche con specificata la metodologia del trasporto, rilasciate dal Centro Dialisi che ha in cura il paziente ed autorizzati dall'Azienda stessa;

- che il Vettore deve produrre all'Azienda prima della stipula della Convenzione la documentazione che attesti la presenza dei requisiti richiesti per la sede operativa, il personale e i mezzi utilizzati previsti dalla specifica disciplina regionale.

SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE

ARTICOLO 1 - Oggetto

La presente convenzione disciplina i rapporti tra la Azienda ..... e il Vettore per i trasporti, a mezzo di:

- autoambulanze,
- autovettura
- furgoni finestrati

forniti dal Vettore, dei soggetti nefropatici, residenti/domiciliati nell'ambito territoriale della Azienda di ….., sottoposti a trattamento dialitico, per raggiungere dalla propria dimora il centro dialisi di riferimento e dal centro dialisi, nuovamente, la propria dimora.
Il trasporto deve avvenire, previa relazione clinica del Responsabile del Centro Dialisi con specificata la metodologia del trasporto e autorizzato dall'Azienda.

Non possono essere utilizzati autoveicoli intestati a soggetti diversi dal titolare dell'autorizzazione, salvo quelli in comodato d'uso o quelli autorizzati, in casi eccezionali, dall'Azienda competente.

ARTICOLO 2 - Requisiti e obblighi sui mezzi impiegati

Per l'espletamento del servizio oggetto della presente convenzione il Vettore si impegna a garantire che i mezzi utilizzati siano in possesso dei requisiti definiti dalla specifica disciplina regionale, cui si rimanda per ogni specifico dettaglio tecnico normativo.

Su ciascuna autoambulanza il Vettore deve garantire la presenza di un autista e di almeno un assistente fermo restando il possesso per entrambi dei requisiti di cui alla disciplina regionale.
Su ciascuna autovettura e furgone finestrato il Vettore deve garantire la presenza di un autista in possesso dei requisiti previsti dalla normativa in materia coadiuvato, ove richiesto dal Centro Dialisi, da un accompagnatore, fermo restando il possesso per entrambi dei requisiti di cui alla sopraindicata disciplina regionale.

Ogni veicolo deve avere a bordo la scheda di servizio con indicati gli estremi dei trasporti in corso. E' inoltre obbligatoria l'adozione di un sistema di registrazione (cartaceo o informatico) che permetta di conoscere per ogni automezzo e per ogni servizio svolto la località, l'indirizzo, l'ora di partenza e di arrivo del mezzo, nonché il nominativo del conducente, l'equipaggio, il paziente e l'eventuale rimborso percepito.

ARTICOLO 3 - Requisiti e obblighi nei confronti del personale impiegato

Per l'espletamento del servizio oggetto della presente convenzione, il Vettore si impegna a garantire che il personale impiegato sia in possesso dei requisiti definiti dalla specifica disciplina regionale.
Il Vettore è obbligato:

- ad osservare tutte le disposizioni in materia di assicurazioni sociali e previdenziali per il proprio personale, volontario, dipendente o assimilato e volontari del servizio civile ;
- ad applicare, per le varie categorie di personale interessate, tutte le norme contenute nei contratti collettivi nazionali di lavoro e, comunque, relative alla categoria, nonché ad osservare tutte le disposizioni di legge relative ai volontari e al loro utilizzo;
- ad osservare tutte le disposizioni in materia di percorso formativo del personale, indipendentemente dal tipo di rapporto in essere (volontario, dipendente o assimilato e volontario del servizio civile).

ARTICOLO 4 - Polizze assicurative

Il Vettore deve dimostrare di aver stipulato e di avere in essere le polizze assicurative previste dalla legge per le autoambulanze, le autovetture e i furgoni finestrati. La predetta copertura assicurativa deve coprire:

- responsabilità civile per danni a terzi, compresi i trasportati, conseguenti sia alla circolazione degli autoveicoli sia allo svolgimento delle attività legate al servizio;
- infortuni occorsi agli operatori addetti alle attività di trasporto.

Il Vettore solleva l'Azienda da ogni responsabilità per eventuali danni di qualsiasi natura a persone, animali o cose derivanti da evento ascrivibile al Vettore e/o al suo personale e collegati all'espletamento dell'intervento.

ARTICOLO 5 - Obblighi nei confronti dell'Azienda

Il Vettore si impegna ad inviare tempestivamente all'Azienda la documentazione relativa a qualsiasi variazione riferita agli automezzi utilizzati e al personale impiegato al fine di potere accertare il mantenimento dei requisiti di cui agli artt. 2 e 3 della presente convenzione.

Il Vettore si impegna altresì a comunicare tempestivamente:

- ogni variazione della ragione sociale e/o del Legale Rappresentante;
- qualsiasi provvedimento emesso a carico del Legale Rappresentante che possa interessare l'esercizio dell'attività di cui alla presente convenzione.

ARTICOLO 6 - Polizza fideiussoria

Il Vettore convenzionato deve rilasciare polizza fideiussoria intestata all'Azienda, a garanzia della corretta esecuzione del rapporto, per un valore di € ..... Tale importo, in caso di accertati inadempimenti, verrà trattenuto dall'Azienda ed il valore verrà definito in relazione alla gravità dell'inadempimento; Il Vettore avrà l'obbligo di ripristinare il valore iniziale entro 30 giorni dalla richiesta.

ARTICOLO 7 - Tariffe di rimborso

L'Azienda corrisponderà al Vettore le tariffe definite con la DGR n….. del… **(*specificare citando la presente deliberazione)***

ARTICOLO 8 - Modalità organizzative

Il Vettore, all'atto di stipula della presente convenzione, si impegna a trasportare i pazienti nefropatici residenti/domiciliati su tutto il territorio di competenza dell'Azienda….., secondo le modalità e le condizioni previste dall'Azienda stessa, anche con riguardo all'assegnazione degli stessi pazienti.

ARTICOLO 9 - Interruzione del trasporto

L'eventuale interruzione da parte del Vettore del servizio di trasporto prima della scadenza del termine di durata della presente Convenzione, potrà avvenire solo ed esclusivamente per grave ed oggettivo motivo e, comunque, dovrà essere preceduta da un congruo termine di preavviso della durata pattuita di almeno giorni 30 (trenta). Il Vettore deve comunque continuare ad assicurare l'erogazione del servizio finché l'Azienda non avrà assegnato il paziente ad altro Vettore.

Il Vettore, considerati gli obblighi del precedente capoverso ed altresì ulteriormente riconosciuta ed accettata la rilevanza e preminenza del servizio di trasporto dei pazienti dializzati, sin da ora, nel denegato caso di abbandono di uno o più pazienti senza il rispetto del termine di preavviso, si impegna a pagare all'Azienda la somma di:

- euro 1.000,00.= per paziente in carico per trasporti in ambulanza;
- euro 500,00.= per paziente in carico per trasporti con auto e furgone finestrato

a titolo di penale ex art. 1382 c.c. ed altresì si riconosce responsabile e tenuto al risarcimento di ogni ulteriore danno patito dalla medesima Azienda, fatti salvi i diritti di eventuale risarcimento danni del paziente.

ARTICOLO 10 - Modalità di pagamento

Il Vettore invierà all'Azienda il rendiconto dei trasporti effettuati ai sensi dell'art. 1 della presente convenzione allegando copia della documentazione probatoria (bolle di servizio con indicazione degli estremi del trasporto in corso dell'autorizzazione della Azienda e dichiarazione del Centro Dialisi), per i successivi controlli.
L'Azienda si impegna ad effettuare il pagamento entro il …… giorno dalla data di ricevimento della fattura.

ARTICOLO 11 - Segnalazioni o reclami da parte di pazienti

Nel caso di segnalazioni o reclami da parte dei pazienti in ordine al servizio svolto dal Vettore, gli stessi saranno oggetto di attenta verifica da parte dell'Azienda ed eventualmente di formale contestazione al Vettore.

Nel caso di reiterazione della segnalazione o del reclamo, l'Azienda provvederà a chiedere formale spiegazione dei fatti al Vettore. L'Azienda può procedere alla assegnazione del paziente ad altro Vettore. Il Vettore deve comunque continuare ad assicurare l'erogazione del servizio finché l'Azienda non avrà assegnato il paziente ad altro Vettore.
Nel caso in cui l'Azienda ritenga le motivazioni addotte dal Vettore non idonee a giustificare il disservizio, provvederà a comminare la sanzione di importo pari a:

- € 500,00.= per trasporti con autoambulanza
- € 250,00.= per trasporti con auto e furgone finestrato.

ARTICOLO 12 - Casi di risoluzione

La convenzione può essere risolta dall'Azienda allorché il Vettore non ottemperi alle condizioni previste dalla presente convenzione.

In particolare si procederà con la seguente modalità:

a) alla diffida, stabilendo un termine entro il quale devono essere eliminate le inosservanze;

b) alla diffida e contestuale sospensione dell'autorizzazione per un tempo determinato ove sia rilevata la carenza di requisiti organizzativi e/o strutturali fondamentali per la sicurezza e la salute dei pazienti. In tal caso la sospensione sarà operativa fino a quando la rilevata carenza non venga rimossa;

c) diffida con prescrizione nel caso di mancato rispetto del Vettore della modalità di trasporto connessa al rimborso economico;

d) alla revoca dell'autorizzazione in caso di mancato adeguamento alle prescrizioni imposte con la diffida e in caso di reiterate violazioni che determinano carenza di requisiti organizzativi e/o strutturali fondamentali per la sicurezza e la salute dei pazienti oppure non ottemperanza del rispetto delle quote di rimborso previste.

La convenzione è comunque risolta di diritto nei seguenti casi:

a) qualora il Vettore abbandoni il paziente senza giustificato motivo;
b) qualora il Vettore richieda o percepisca compensi dall'utente a fronte delle prestazioni erogate;
c) qualora il Vettore subappalti in tutto o in parte il Servizio.

Sino alla notifica della determinazione definitiva relativa alla risoluzione della convenzione, il Vettore deve comunque continuare ad assicurare l'erogazione del servizio.

ARTICOLO 13 - Tracciabilità

Il Vettore assume tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'art. 3 della Legge n. 136 del 13 Agosto 2010 e successive modifiche.

ARTICOLO 14 - Vigilanza Azienda

Per le necessarie finalità di vigilanza l'Azienda potrà avere accesso ai locali, alle attrezzature e alla documentazione del Vettore nei limiti di interesse delle attività oggetto della presente convenzione.
L'Azienda si riserva altresì la facoltà di verificare in qualsiasi momento il rispetto delle relative norme in materia applicate al personale.

ARTICOLO 15 - Durata

La presente convenzione ha decorrenza dal …….. fino al …….
E' fatta salva la facoltà di ciascuna delle parti di recedere dal presente accordo in qualsiasi momento anche prima della scadenza da comunicarsi tra le parti con lettera A/R con un preavviso di almeno 60 giorni.
L'Azienda si riserva la facoltà di apportare eventuali modifiche alla presente convenzione in caso di emanazione di nuove o diverse disposizioni da parte della Regione Lombardia relative al trasporto in oggetto o di nuove sopravvenute necessità operative.
L'Azienda si riserva la facoltà di stipulare eventuali convenzioni con altri Vettori interessati, al fine della garanzia di un miglior servizio, ove ritenuto necessario.

ARTICOLO 16 - Controversie

Per la definizione di ogni eventuale controversia che dovesse insorgere tra l'Azienda e il Vettore durante l'espletamento del servizio oggetto della presente convenzione, le parti eleggono quale Foro competente il Foro .....

ARTICOLO 17 - Riservatezza

Il Vettore garantisce che il trattamento dei dati personali effettuato per i servizi di competenza dell'Azienda venga svolto nel rispetto e secondo le finalità previste dalla vigente normativa in materia di protezione di dati personali.
Il Vettore comunica all'Azienda i nominativi dei soggetti che ricoprono i ruoli, al suo interno, di Responsabile del trattamento dei dati e incaricato del trattamento dei dati, nonché eventuali successivi aggiornamenti.
Rimane in capo all'Azienda la titolarità del trattamento dei dati.
E' fatto divieto al Vettore ed al suo personale di rilevare in alcun modo e in qualsiasi forma, notizie o fatti di cui siano venuti a conoscenza in relazione all'attività svolta.

Letto, confermato e sottoscritto.

li _____

IL DIRETTORE GENERALE
DELLA AZIENDA .....

_____

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

DI: _____

(Sig./Dr. _____) _____

RACCOMANDAZIONI PER LA PRESCRIZIONE DELLE PROCEDURE DI ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGDS) E COLONSCOPIA

Documento elaborato e condiviso dal "Gruppo Approfondimento Tecnico per l'identificazione dei criteri di appropriatezza delle prestazioni di gastroenterologia."

Mauro Agnello, Luca Albarello, Paolo Giorgio Arcidiacono, Francesco Bernieri, Annamaria Bottelli, Elisabetta Buscarini, Gjiliola Cucaj, Filippo Crivelli, Nadia Da Re, Michele Ercolanoni, Sergio Finazzi, Gullotta Renzo, Giovanni Maconi, Gianpiero Manes, Luca Merlino, Chiara Penello, Elena Rossetti, Antonio Russo, Sergio Segato, Massimo Sorghi, Giancarlo Spinzi, Maria Morena Valzano, Alfonso Zarantonello

INTRODUZIONE

Il tema dell'appropriatezza è da molti anni un elemento centrale del modello di sanità lombardo - che si fonda sulla libertà di scelta del cittadino e sulla parità di accesso a una pluralità di soggetti erogatori pubblici e privati – nonché materia prevista dal Piano Regionale di Sviluppo della X Legislatura **(PRS),** ampiamente trattata nelle **Regole di Sistema 2015**, quale punto cardine per l'evoluzione del nuovo sistema sociosanitario in Lombardia.

La revisione del sistema d'offerta in un'ottica di qualità e sostenibilità non può prescindere dal **miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa**, in particolare per quelle prestazioni diagnostiche caratterizzate da volumi di erogazione elevati le quali, in assenza di chiare indicazioni cliniche e di evidenze scientifiche a sostegno di un miglioramento dell'outcome, comportano costi elevati e un improprio assorbimento di risorse che potrebbero essere canalizzate verso altre attività.

Il **PRS della X legislatura**, nell'ambito degli interventi a garanzia dei LEA, ha posto tra i punti di rilievo dell'azione regionale anche la valutazione della distribuzione territoriale della domanda di prestazioni e la promozione di azioni per ridurre le liste di attesa, sia operando sull'appropriatezza della domanda che sul dimensionamento della rete di offerta.

La Regione ritiene imprescindibile proseguire nel percorso iniziato anche in altri ambiti, e fornire indicazioni specifiche per il settore delle **procedure endoscopiche**, rappresentate essenzialmente da **esofagogastroduodenoscopie (EGDS) e colonscopie**, affinché siano identificati e condivisi con i professionisti **criteri di prescrivibilità e erogabilità delle prestazioni**, in relazione a precise indicazioni cliniche.

Il continuo incremento, negli anni, degli esami endoscopici pone notevoli problemi al sistema sanitario; si ritiene quindi necessaria una ottimizzazione della domanda di endoscopie, indispensabile per ridurre i costi e i potenziali rischi che derivano dalla esecuzione di esami inappropriati.

L'analisi delle esofagoduodenoscopie e colonoscopie erogate nell'ultimo triennio ha evidenziato un costante aumento a cui corrisponde, inoltre, un incremento delle liste di attesa. Tale situazione evidenzia uno squilibrio tra domanda di prestazioni e offerta a fronte di una inappropriatezza prescrittiva che in letteratura, e da alcune survey condotte in alcune ASL della Lombardia, che oscilla tra il 10 e il 30%.

A fronte della disponibilità di sistemi diagnostici accurati e relativamente complessi e costosi, è necessario dunque **stabilire regole applicative** che rispettino criteri di appropriatezza e di costo-efficacia, affinché l'attività del sistema sia sempre più orientata a fornire una risposta appropriata ai bisogni sanitari.

COSTITUZIONE DEL GRUPPO DI APPROFONDIMENTO TECNICO (GAT)

Alla luce delle considerazioni sopra riportate e del PRS della X legislatura, la Direzione Generale Salute (ora DG Welfare) ha istituito nel mese di Giugno 2015 un Gruppo di Approfondimento Tecnico, costituito da componenti della Regione, da professionisti del settore che operano come erogatori e/o prescrittori, da rappresentanti del mondo accademico, delle società scientifiche e delle associazioni sindacali e di categoria, con l'obiettivo di definire le **indicazioni di appropriatezza prescrittiva ed erogativa** d**elle esofagoduodenoscopie e colonoscopie,** in base a criteri di appropriatezza clinica e di costo efficacia.

Previa analisi preliminare del bisogno e della domanda di tali prestazioni, i componenti del GAT hanno identificato i principali **criteri di appropriatezza** per tali prestazioni e hanno definito le principali **indicazioni di appropriatezza prescrittiva ed erogativa.**

FINALITÀ E CONTENUTO DELLE RACCOMANDAZIONI

Il presente documento contiene raccomandazioni condivise per la prescrizione di procedure endoscopiche per alcune patologie o condizioni, in particolare:

- Dispepsia o reflusso gastroesofageo
- Follow-up di patologie, neoplasie, lesioni precancerose
- Esofago di Barrett
- Conferma istologica di reperti radiologici e di sospetta malattia celiaca
- Sanguinamento gastrointestinale (ematemesi, ematochezia, melena, sangue occulto)
- Sospetta lesione colica riscontrata con altra tecnica di indagine
- Anemia sideropenica di origine indeterminata
- Cancro del colon
- Sorveglianza di pazienti con polipi (adenomi o polipi serrati)
- Diarrea cronica > 4 settimane

Le presenti raccomandazioni costituiscono un utile strumento che la Regione ha inteso mettere a disposizione di tutti i medici prescrittori, allo scopo di meglio indirizzare le prescrizioni di procedure endoscopiche, rappresentate essenzialmente da esofagogastroduodenoscopie (EGDS) e colonscopie.

Le presenti linee di indirizzo, definite **dalla Regione in condivisione con la comunità professionale, non costituiscono un vincolo o una limitazione prescrittiva, ma intendono fornire indicazioni pratiche, finalizzate a promuovere una maggiore appropriatezza nella scelta di questi esami diagnostici.**

Il Medico prescrittore, ferma restando la sua autonomia di giudizio, potrà servirsi di queste raccomandazioni al momento della valutazione dell'esame più idoneo ad indagare le patologie descritte nel presente documento, con l'obiettivo di operare la scelta più appropriata al singolo caso in esame.

L'applicazione delle presenti raccomandazioni per la prescrizione delle esofagogastroduodenoscopie (EGDS) e colonscopie per le patologie ivi enucleate, oltre a contenere l'entità della domanda inappropriata, potrà contribuire alla riduzione dei tempi d'attesa per la diagnostica per immagini, al miglioramento nella gestione delle priorità critiche e alla riduzione del carico globale, a scopo diagnostico, per i pazienti con tali patologie.

Si sottolinea che, per implementare queste raccomandazioni nella pratica clinica, sarà indispensabile che le Agenzie/Aziende Sanitarie (ATS e ASST) promuovano **attività formativa specifica**, rivolta a tutto il personale sanitario coinvolto nella prescrizione e nell'erogazione di tali

prestazioni (Medici Specialisti e Medici di Medicina Generale), oltre ad iniziative di **comunicazione** rivolte all'utenza.

Quanto segue si articola in:

1. individuazione di un percorso per supportare il Medico nell'identificazione della prescrizione più appropriata (**Appendice 1**)
2. predisposizione di schede sinottiche riportanti le indicazioni di erogabilità delle prestazioni di esofagogastroduodenoscopia (EGDS) e colonscopia per le patologie/condizioni:
   - Dispepsia o reflusso gastroesofageo
   - Follow-up di patologie, neoplasie, lesioni precancerose
   - Esofago di Barrett
   - Conferma istologica di reperti radiologici e di sospetta malattia celiaca
   - Sanguinamento gastrointestinale (ematemesi, ematochezia, melena, sangue occulto)
   - Sospetta lesione colica riscontrata con altra tecnica di indagine
   - Anemia sideropenica di origine indeterminata
   - Cancro del colon
   - Sorveglianza di pazienti con polipi (adenomi o polipi serrati)
   - Diarrea cronica > 4 settimane

   nonché le situazioni cliniche in cui l'EGDS e la Colonscopia sono ad elevato rischio di inappropriatezza (**Appendice 2**).
3. predisposizione e codifica di **quesiti diagnostici** a cui i medici prescrittori potranno riferirsi per effettuare le richieste di prestazioni di EGDS e Colonscopia per le condizioni patologiche sopra citate. È prevista l'implementazione sperimentale dei quesiti diagnostici nei principali applicativi informatici utilizzati dai prescrittori, in modo da facilitare il medico nella scelta di una prescrizione appropriata (**Appendice 3**)

Appendice 1

Razionale delle indicazioni per l'esecuzione di esofagogastroduodenoscopie (EGDS) e colonscopie

Nell'esame del tratto gastroenterico si è assistito, negli ultimi decenni, al graduale incremento delle procedure endoscopiche e alla riduzione significativa delle tecniche radiologiche. Si calcola che ogni anno in Italia vengano eseguite più di 2.000.000 di procedure endoscopiche, rappresentate essenzialmente da esofagogastroduodenoscopie (EGDS) e colonscopie (1).
Il continuo incremento degli esami endoscopici (ad esempio, del 150% tra il 1994 e il 2001, dati Censimento SIED) pone notevoli problemi al sistema sanitario; appare quindi necessaria una razionalizzazione della domanda di endoscopie, indispensabile per ridurre i costi e i potenziali rischi che derivano dalla esecuzione di esami inappropriati.
Linee guida per migliorare l'appropriatezza possono quindi essere molto utili non solo per prevenire endoscopie non necessarie (e i potenziali rischi correlati), ma anche per assegnare una priorità agli esami endoscopici (2,3).
Le prime linee guida sono state sviluppate dalla Società Americana di Endoscopia Digestiva (ASGE) (4).
Nel 1999 esperti europei hanno pubblicato i criteri dello European Panel Appropriateness of Gastrointestinal Endoscopy (EPAGE 1) (5), basandosi su una dettagliata revisione della letteratura.
I due sistemi, americano ed europeo, sono simili per quanto riguarda la predizione di appropriatezza, ed entrambe le linee guida indicano come circa il 20-30% delle endoscopie possano essere giudicate inappropriate (6,7).
Più recentemente è stata pubblicata la versione rivista dei criteri EPAGE I, elaborata grazie alla revisione della letteratura internazionale pubblicata tra il 1998 e il febbraio 2008 (8).
Utilizzando i criteri di EPAGE II alcuni studi hanno mostrato come il 74,4% delle colonscopie è stato ritenuto appropriato, il 13,9% inappropriato e il 10,7% incerto. La maggiore inappropriatezza è stata riscontrata nelle colonscopie eseguite per la sorveglianza di adenomi o di neoplasie del colon-retto operate (3,9,10). Tre studi italiani confermano che la causa più frequente di inappropriatezza sono le colonscopie di controllo eseguite dopo polipectomia o dopo chirurgia per neoplasia (in genere la colonscopia viene eseguita troppo precocemente rispetto a quanto indicato dalle linee guida) (11-13).
Alti livelli di inappropriatezza sono stati riscontrati anche nelle colonscopie eseguite in soggetti di età inferiore a 50 anni (anche se queste colonscopie costituiscono solo il 20% delle colonscopie totali).
La compliance alle linee guida non solo migliora l'appropriatezza della sorveglianza, ma aumenta anche l'intervallo tra le colonscopie, con una riduzione del 14% delle colonscopie annuali eseguite per questa indicazione (14).
Anche in uno studio intervenzionale basato sulla educazione dei medici, condotto in Italia, è stata stimata una riduzione di circa il 15% sulle liste di attesa per le colonscopie, se vengono correttamente seguiti i tempi stabiliti per la sorveglianza (15).
Programmi di educazione e di aderenza alle linee guida internazionali sulla sorveglianza (ed eventualmente anche per le colonscopie eseguite nei soggetti al di sotto dei 50 anni) sono auspicabili per ridurre il numero di esami inappropriati, e l'inappropriatezza può probabilmente essere valutata mediante rilevazione regionale delle colonscopie eseguite.

Raccomandazioni generali sull'appropriatezza dell'esame endoscopico

Un esame endoscopico digestivo non è generalmente indicato:
1. Quando i risultati non contribuiranno alla gestione del paziente.

2. Per follow-up (periodico) di malattia benigna guarita, ad eccezione della sorveglianza di una condizione precancerosa.

Un esame endoscopico digestivo è generalmente controindicato:
1. Quando i rischi per la salute o la vita del paziente sono giudicati superiori ai benefici attesi della procedura.
2. Quando non può essere ottenuta adeguata collaborazione del paziente o il suo consenso
3. Quando è nota o sospetta una perforazione digestiva

Un esame endoscopico digestivo è indicato:
1. Se è probabile un cambiamento di gestione del paziente basato sui risultati dell'endoscopia.
2. Dopo che un tentativo di terapia empirica per un disturbo digestivo verosimilmente benigno è risultato inefficace.
3. Come metodo iniziale di valutazione in alternativa a esami radiografici.
4. Quando si prevede di effettuare una procedura terapeutica endoscopica.

Un peso importante nel giudizio sull'indicazione ad un esame endoscopico e nell'assegnazione di priorità deve essere assegnato alla valutazione dei segni/sintomi di allarme ("red flags"), come disfagia, perdita di peso significativa, anemia sideropenica, alterazione dell'alvo di recente insorgenza, storia familiare di tumore gastrico o colorettale, sanguinamento gastroenterico, età di insorgenza dei sintomi > 50 anni.

Nota tecnica sull'esecuzione degli esami endoscopici

L'esecuzione di un esame endoscopico deve rispondere a precisi requisiti di qualità.

Esofagogastroduodenoscopia (EGDS)

L'EGDS deve essere eseguita in paziente a digiuno da almeno 8-12 ore. Può tuttavia essere effettuata in urgenza e non strettamente a digiuno in paziente con emorragia digestiva o ingestione di corpi estranei o caustici. Il referto deve documentare la completezza dell'esame con la descrizione di eventuali lesioni riscontrate dall'esofago al duodeno discendente. L'esecuzione di biopsie è indicata per caratterizzare lesioni della mucosa e per documentare la presenza di gastrite e dell'infezione da *Helicobacter pylori*, laddove è raccomandato.

Colonscopia

La colonscopia deve essere preceduta da una accurata preparazione intestinale (18-20): il referto deve documentare la completezza dell'esame con il raggiungimento del cieco, l'esecuzione di biopsia/e di lesioni di parete, la completa asportazione delle lesioni polipoidi identificate, la qualità della preparazione intestinale.

Appendice 2

INDICAZIONI DI EROGABILITÀ: ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA

1. Dispepsia o reflusso gastroesofageo persistenti dopo terapia	
Inquadramento della condizione	Dispepsia e malattia da reflusso gastroesofageo sono sindromi molto comuni (sino al 40% della popolazione generale) caratterizzate principalmente da dolore e/o discomfort epigastrico, e pirosi e/o rigurgito acido, rispettivamente. Possono essere determinate da malattie organiche come ulcera peptica, esofagite, malattie bilio-pancreatiche, più raramente neoplasie (<1%). Le cause di gran lunga più frequenti (60-70%) sono alterazioni funzionali del tratto gastroenterico superiore. Per tale motivo i pazienti di età < 45anni, senza condizioni che suggeriscono una possibile causa organica (ad es. sintomi di allarme e familiarità per neoplasia) che lamentano dispepsia e sintomi da reflusso gastroesofageo, dovrebbero essere inizialmente trattati con terapia empirica (ad es. antisecretivi o procinetici per 1 mese) o terapia antibiotica eradicante (se *H. pylori* positivi), riservando l'endoscopia a coloro che recidivano dopo sospensione o sono refrattari al trattamento. L'EGDS è inoltre consigliata ai pazienti di età > 45 anni con sintomi da reflusso gastroesofaeo o dispepsia non responders o recidivanti dopo terapia.
Modalità e caratteristiche esecuzione	Da eseguire in paziente a digiuno, preferibilmente dopo almeno 1 mese da terapia antibiotica. EGDS con biopsie di antro gastrico e corpo gastrico, di ev. lesioni, della seconda porzione duodenale (nel sospetto di malassorbimento o patologia duodenale).
Riferimenti bibliografici	1. *The role of endoscopy in dyspepsia. Gastrointest Endosc 2015;82:227–232* 2. *The role of endoscopy in the management of GERD. Gastrointest Endosc 2015;81:1305–1310* 3. *Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain C, et al. Current concepts in the management of Helicobacter pylori infection: the Maastricht III Consensus Report. Gut. 2007; 56:772-81.*

2. Dispepsia di recente insorgenza (insorta dopo 45 anni) o presenza di sintomi di allarme	
Inquadramento della condizione	I sintomi dispeptici non sono in grado di identificare in modo affidabile i pazienti con neoplasie o patologie organiche (ad es. ulcere, neoplasie) del tratto gastroenterico superiore. Tuttavia l'età superiore a 45-50 anni, la presenza di sintomi di allarme (calo ponderale inspiegato, sanguinamento gastroenterico o anemia sideropenia, disfagia, odinofagia, vomito persistente) o specifiche condizioni cliniche (ad es. familiarità di primo grado per neoplasia gastrica, recente assunzione di FANS) identificano i pazienti dispeptici in cui la presenza di lesioni organiche è più probabile. La prevalenza di cancro gastrico nei pazienti con sintomi di allarme è relativamente bassa (< 11%) e circa un quarto dei pazienti con cancro gastrico non ha sintomi di allarme. Per tale motivo l'esofago-gastro-duodenoscopia dovrebbe essere considerata per i pazienti dispeptici di recente insorgenza con sospetto dinico di neoplasia, anche in assenza di sintomi di allarme.
Modalità e caratteristiche esecuzione	Da eseguire in paziente a digiuno. L'indagine dovrebbe essere eseguita come esofagogastroduodenoscopia con biopsie di antro gastrico e corpo gastrico, e di eventuali lesioni.
Riferimenti bibliografici	1. *The role of endoscopy in dyspepsia. Gastrointest Endosc 2015;82:227–232*

3. Dispepsia o reflusso gastroesofageo recidivanti in nota pregressa patologia organica	
Inquadramento della condizione	La sintomatologia dispeptica e da reflusso è comune a diverse patologie organiche del tratto gastroenterico (ad es. ulcera gastrica e duodenale, esofagite, gastroduodenite erosiva, neoplasie e malattie infiammatorie gastroduodenali), molte delle quali caratterizzate da decorso cronico recidivante e alcune gravate da possibili complicanze per le quali è richiesta terapia farmacologica cronica e anche chirurgica. I pazienti che ne sono affetti possono quindi presentare recidiva dei sintomi suggestiva per recidiva delle lesioni o di complicanze anche dopo periodi di relativo benessere, in assenza o in presenza di terapia farmacologica di mantenimento o profilattica (ad es. esofagite, ulcera peptica), che può richiedere rivalutazione delle lesioni e eventuale modifica della terapia medica. La ripetizione dell'esofagogastroduodenoscopia è maggiormente indicata nel pazienti con recidiva sintomatica oltre i 45-50 anni.
Modalità e caratteristiche esecuzione	Da eseguire in paziente a digiuno. L'indagine dovrebbe essere eseguita come EGDS con biopsie di antro gastrico e corpo gastrico, e di eventuali lesioni.
Riferimenti bibliografici	1. *The role of endoscopy in dyspepsia. Gastrointest Endosc 2015;82:227–232* 2. *Vakil N, et al. Cost of detecting malignant lesions by endoscopy in 2741 primary care dyspeptic patients without alarm symptoms. Clin Gastroenterol Hepatol 2009; 7:756-61.*

4. Follow-up di patologie, neoplasie, lesioni precancerose	
Inquadramento della condizione	Esistono lesioni del tratto digestivo superiore caratterizzate da potenziale evoluzione maligna (ad es. polipi adenomatosi gastrici e duodenali, la displasia di vario grado, la gastrite atrofica multifocale e lesioni come le ulcere gastriche e le ulcere in sede di gastrostomia nei pazienti gastroresecati), per le quali l'endoscopia sequenziale o periodica è essenziale per valutare l'efficacia della terapia medica (cicatrizzazione) e confermarne la benignità.
Modalità e caratteristiche esecuzione	EGDS con biopsie multiple delle lesioni e della mucosa di antro e corpo anche per ricerca *H.pylori* ed asportazione dei polipi di diametro maggiore.
Se esame ripetuto (tempistica)	PATOLOGIA DA SOTTOPORRE A VALUTAZIONE SPECIALISTICA - Polipi adenomatosi gastrici o duodenali: endoscopia a 1 anno dalla rimozione. Se negative, ripetizione a 3-5 anni. - Displasia ad alto grado e carcinoma in situ (su lesione): resezione (endoscopica o chirurgica). Follow-up a 6 e 12 mesi. - Displasia ad alto grado (non rilevabile): EGDS con biopsie multiple a breve, 6 , 12 mesi e ogni 2 anni. - Displasia a basso grado: EGDS e biopsie multiple ogni 12 mesi. - Gastrite atrofica multifocale: EGDS con biopsie multiple a 3 anni. - Ulcera gastrica: endoscopia con biopsie 3 mesi dopo terapia con PPI ed eradicazione dell'*H.pylori*, se positivo.
Riferimenti bibliografici	1. *The role of endoscopy in the management of premalignant and malignant conditions of the stomach. Gastroint Endosc 2015; 82* 2. *Appropriate use of GI endoscopy. Gastroint Endosc 2012; 75* 3. *Dinis-Ribeiro M et al. Management of precancerous conditions and lesions in the stomach (MAPS). Endoscopy 2012; 44: 74–94*

5. **Esofago di Barrett**	
Inquadramento della condizione	L'esofago di Barrett (EB), è una condizione precancerosa rappresentata dalla sostituzione dell'epitelio squamoso stratificato con epitelio colonnare (metaplasia intestinale incompleta), associata a reflusso gastroesofageo e caratterizzata da elevato rischio di trasformazione neoplastica, 30-60 volte superiore rispetto alla popolazione generale.
Modalità e caratteristiche esecuzione	EGDS con biopsie (almeno 4; una per quadrante).
Se esame ripetuto (tempistica)	**PATOLOGIA DA SOTTOPORRE A VALUTAZIONE SPECIALISTICA** - EB senza displasia: EGDS con biopsie <1 anno dalla diagnosi dopo terapia con IPP, successivo controllo a 3 anni, indipendentemente dalla lunghezza dell'EB. - EB con displasia a basso grado o indefinito per displasia: EGDS con biopsie ogni 6 mesi. - EB con displasia di alto grado: ripetizione dell'esame endoscopico a 3 mesi con biopsie (soprattutto nelle aree con mucosa irregolare) o valutazione multidisciplinare per intervento. Dopo 2 valutazioni semestrali negative per displasia, follow-up come per EB senza displasia
Riferimenti bibliografici	1. *The role of endoscopy in Barrett's esophagus and other premalignant conditions of the esophagus. Gastrointest Endosc 2012; 76* 2. *Updated Guidelines 2008 for the Diagnosis, Surveillance and Therapy of Barrett's Esophagus. Am J Gastroenterol 2008; 103:788–797* 3. *Fitzgerald RC, et al. British Society of Gastroenerology guidelines on the diagnosis and management of Barrett's oesophagus Gut 2014;63:7–42.*

6. **Conferma istologica di reperti radiologici**	
Inquadramento della condizione	Indagini radiografiche come TC, RMN, PET o radiogrammi seriati con bario delle prime vie digestive possono evidenziare o sospettare lesioni organiche di varia natura a carico di esofago, stomaco o duodeno. In relazione al sospetto clinico l'EGDS è l'unico esame diagnostico che consente di confermare o escludere la lesione e di caratterizzarne la natura mediante biopsie ed esame istologico. In assenza di lesioni mucose, l'EGDS può anche porre il sospetto di lesioni sottomucose da rivalutare mediante indagini opportune (ad es. eco endoscopia).
Tipo di procedura	Esofagogastroduodenoscopia con biopsie.
Modalità e caratteristiche esecuzione	In relazione al sospetto diagnostico (ad es. neoplasia), l'EGDS potrebbe essere richiesto anche con carattere di urgenza differibile.
Riferimenti bibliografici	1. *Appropriate use of gastrointestinal endoscopy. American Society for Gastrointestinal Endoscopy. ASGE: Gastrointest Endosc 2000; 6:831-7.*

7. Conferma istologica di sospetta malattia celiaca	
Inquadramento della condizione	La malattia celiaca è una frequente patologia immuno-mediata (0.3-1.2% della popolazione) la cui diagnosi prevede la valutazione istologica della mucosa duodenale. Nel bambino l'EGDS + biopsie non è più indispensabile per la conferma diagnostica, in quanto il miglioramento clinico e la negativizzazione degli anticorpi sono ritenuti criteri sufficienti per la diagnosi (criteri ESPGHAN 2012). Invece nell'adulto (National Institute of Health, NIH 2004), il controllo istologico è essenziale per confermare la diagnosi, valutare la compliance alla dieta, la risposta alla sottrazione del glutine dalla dieta e la presenza di complicanze.
Tipo di procedura	Esofagogastroduodenoscopia con biopsie duodenali e gastriche.
Modalità e caratteristiche esecuzione	La valutazione morfologica della biopsia duodenale è l'esame conclusivo per la diagnosi della MC nella maggior parte dei casi. La biopsia va sempre eseguita nella seconda e terza porzione duodenale e richiede una corretta valutazione istologica, per la quale è fondamentale un corretto orientamento dei prelievi sui filtri da parte dell'endoscopista.
Se esame ripetuto (tempistica)	In alcuni pazienti che seguono dieta priva di glutine può essere presa in considerazione la necessità di una revisione della diagnosi, in particolare in quei soggetti che presentavano sierologia dubbia o basata su marcatori di non elevata specificità (ad es. AGA IgG), o nei quali la valutazione istologica era non definitiva o comunque non conforme ai criteri necessari.
Riferimenti bibliografici	1. *Collin P et al. Anti-endomysial and anti-human recombinant tissue trans-glutaminase anti-bodies in the diagnosis of coeliac disease: a biopsy-proven European multicentre study. Eur J Gastroenterol Hepatol 2005; 17:85-9* 2. *Linee guida per la diagnosi di laboratorio e istologica della malattia celiaca RIMeL / IJLaM 2005;* 3. *Donat E, Ramos JM, Sánchez-Valverde F, Moreno A, Martinez M, Leis R, Peña-Quintana L, Castillejo G, Fernández S, Garcia Z, Ortigosa L, Balmaseda E, Marugán JM, Eizaguirre FJ, Lorenzo H, Barrio J, Ribes-Koninckx C; SEGHNP Working Group on Coeliac Disease. Espghan 2012 Guidelines for Coeliac Disease Diagnosis: Validation Through A Retrospective Spanish Multicentric Study.J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2015 May 25.*

8. Sanguinamento gastrointestinale o anemia	
Inquadramento della condizione	Il sanguinamento gastrointestinale, sotto forma di ematemesi o melena, o occulto associato o meno ad anemia sideropenia, può essere determinato da varie lesioni gastroduodenali (varici esofago-gastriche, esofagite, ulcere, neoplasie, ..), ed avere gravità variabile da forme lievi e limitate, all'emorragia digestiva tale da richiedere l'esecuzione di EGDS urgente. Il sanguinamento gastrointestinale occulto e l'anemia sideropenica possono dipendere da numerose patologie digestive. Tuttavia, poiché le lesioni neoplastiche del colon sono più frequenti di quelle gastriche, l'EGDS è in genere richiesta dopo una colonscopia totale negativa, eccetto nel paziente con sintomi dispeptici. Anemia sideropenica e anemia megaloblastica sono manifestazioni frequenti di patologie gastroenteriche come la malattia celiaca e la gastrite atrofica autoimmune. In questi casi l'EGDS dovrebbe essere successiva o concomitante ad indagini biochimiche, atte ad escludere cause non gastroenteriche (ad es. dismenorrea, diete ferroprive, perdite urinarie).
Tipo di procedura	EGDS con biopsie (di antro e corpo gastrico, e anche duodenali nell'anemia)
Modalità e caratteristiche esecuzione	EGDS urgente nell'emorragia digestiva superiore severa dopo rianimazione. EGDS entro 24 ore dal ricovero negli altri pazienti con emorragia digestiva. EGDS da considerare dopo l'ileocolonscopia nel sanguinamento occulto con o senza anemia, se paziente non dispeptico. EGDS solo dopo valutazione clinica e biochimica nell'anemia senza sangue occulto, se non è corretta da adeguata terapia marziale orale.
Riferimenti bibliografici	1. *The role of endoscopy in the management of acute non-variceal upper GI bleeding -Gastrointest Endosc 2015; 82* 2. *The role of endoscopy in the management of obscure GI bleeding – Gastrointest Endosc 2010; 72* 3. *National Institute For Health And Care Excellence Centre for Clinical Practice– Surveillance Programme Surveillance review of CG141: Acute upper gastrointestinal bleeding June 2012* 4. *Goddard AF, et al. BSG Guidelines for the management of iron deficiency anaemia. Gut 2011; 60:1309-16.*

INDICAZIONI DI EROGABILITÀ: COLONSCOPIA

1. Sospetta lesione colica riscontrata con altra tecnica di indagine	
Inquadramento della condizione	Ecografia, TAC ed altre tecniche di indagine permettono la valutazione del colon e sono spesso usate come primo metodo di indagine (specialmente nei soggetti pediatrici e negli anziani). Tuttavia queste tecniche sono in genere poco sensibili e specifiche (1,2).
Tipo di procedura	La colonscopia è test di riferimento per valutare qualsiasi anormalità evidenziata da altre indagini (3)
Riferimenti bibliografici	*1. Koichi Y et al: J Med Ultrason 2006; 33: 231-7* *2. Haber HP et al. J Ultrasound Med 2000; 19: 315-321* *3. Lieberman LB et al. Gastroenterology 2008; 134(5): 1570-95* *4. Hassan C et al. Endoscopy 2013; 45: 142-150* *5. Rex DK et al Am J Gastroenterol 2002; 97: 1296-1308* 6. *Harewood GC Gastrointest Endosc 2003; 58: 76-79*

2. Sanguinamento di origine indeterminata (ematochezia > 45 anni, ematochezia ricorrente < 45 anni, melena dopo EGDS negativa, FOBT positivo)	
Inquadramento della condizione	Il sanguinamento inferiore si può manifestare con ematochezia (sangue rosso vivo o bordeaux), N.B.: tuttavia il 10% dei pz con ematochezia possono sanguinare dall'apparato digerente superiore. La melena è spesso manifestazione del sanguinamento superiore.
Tipo di procedura	La ematochezia è indicazione alla colonscopia nei pz. con > 50 anni (1). La colonscopia è raccomandata a tutte le età in caso di ripetuti episodi di sanguinamento rettale (2). Nei giovani < 40 anni la colonscopia non è generalmente necessaria se una causa benigna di sanguinamento viene riscontrata alla esplorazione rettale e alla rettosigmoidoscopia (in assenza di segni/sintomi di allarme) (3).
Riferimenti bibliografici	*1.* Peytreman-*Bridevaux I et al. Endoscopy 2009; 41(3):227-233* *2. Linee guida francesi (ANAES French National Agency Accreditation and Evaluation in Healthcare)* 3. *Davilare RE et al. ASGE guideline: Gastrointest Endosc 2005; 62: 656-660.*

3. Anemia sideropenica di origine indeterminata	
Inquadramento della condizione	Circa il 10% delle donne, il 4% degli uomini così come il 12% degli individui sopra i 60 anni sono anemici (1). L'anemia sideropenica è comunemente dovuta (62%) a perdita cronica di sangue. Le ulcere peptiche sono la causa più frequente di anemia sideropenica nel tratto digestivo superiore, i tumori le alterazioni più comunemente trovate nel colon. Nelle giovani donne la causa più frequente di anemia sideropenica sono le perdite mestruali (1)
Tipo di procedura	Varie linee guida consigliano nei pazienti >50 anni di eseguire in prima istanza colonscopia e in caso di esame negativo di far seguire EGDS (2-5). Nelle donne < 50 anni si consiglia la colonscopia solo in presenza di sintomi colici, di storia familiare di cancro del colon-retto, o di persistente anemia sideropenica dopo terapia marziale e correzione di potenziali cause di perdita (2).
Riferimenti bibliografici	*1. WHO. Iron deficiency anemia 2001* *2. Goddard AF et al. Guidelines for the management of iron deficiency anemia 2005 (www.bsg.org.uk)* *3. AGA position statement. Gastroenterology 2000; 118: 197-201* *4. ASGE consensus statement. Gastrointest Endosc 2000; 52: 831-837* 5. *Peytremann-Bridevaux I Endoscopy 2009; 41(3): 227-233.*

4. Cancro del colon: ricerca lesioni sincrone o dopo resezione curativa	
Inquadramento della condizione	La colonscopia deve sempre essere eseguita per valutare tutto il colon, per la ricerca di un cancro sincrono o di un polipo neoplastico in un paziente con tumore del colon trattabile. La colonscopia deve anche essere eseguita dopo un intervento chirurgico di resezione per cancro se tutto il colon non era stato precedentemente valutato. Auspicabile che la sorveglianza post-resezione colica per cancro del colon-retto venga programmata dopo la resezione colica.
Tipo di procedura	La colonscopia è test di riferimento (1).
Se esame ripetuto (tempistica)	La prima colonscopia di controllo deve essere eseguita dopo 1 anno dall'intervento; se normale, deve essere ripetuta dopo 3 anni, e, se normale, dopo 5 anni, per la ricerca di lesioni metacrone. Per la popolazione tra i 50-69 anni, è opportuno prevedere al termine del periodo di sorveglianza il rientro nei programmi di screening per la prevenzione del tumore del colon retto.
Riferimenti bibliografici	1. ASGE. Appropriate use of GI endoscopy. Gastrointest Endosc 2012; 75(6): 1127-1131

5. Sorveglianza di pazienti con polipi (adenomi o polipi serrati)	
Inquadramento della condizione	La maggior parte dei tumori del colon-retto si sviluppano con un processo continuo dalla mucosa normale all'adenoma benigno e quindi al carcinoma (1)
Tipo di procedura	La colonscopia è test di riferimento per la sorveglianza post-polipectomia. E' auspicabile che l'endoscopista che ha eseguito la polipectomia prepari in base all'esito istologico una raccomandazione scritta sui tempi della sorveglianza post-polipectomia (2)
Se esame ripetuto (tempistica)	La tempistica della sorveglianza post-polipectomia secondo la American Gastroenterological Association (2) è riportata nella tabella 1. Linee guida sono state preparate anche dalla Società Europea di Endoscopia Gastrointestinale ESGE (3). ESGE sconsiglia l'impiego del sangue occulto fecale (FOBT) per la sorveglianza post-polipectomia. Ragionevole sospendere la sorveglianza a 80 anni o prima in base alle aspettative di vita (comorbidità) del paziente. Per la popolazione tra i 50-69 anni, è opportuno prevedere al termine del periodo di sorveglianza il rientro nei programmi di screening per la prevenzione del tumore del colon retto.
Riferimenti bibliografici	1. *Winawer SJ et al. N Engl J Med 1993; 329: 1977-81* 2. *Lieberman DA Gastroenterology 2014; 146(1): 305-6* 3. *Hassan C et al. Endoscopy 2013; 45: 842-851*

Nessun polipo o polipi iperplastici in retto/sigma
Ripetere dopo 10 anni

Riscontro di polipo		
Adenomi serrati	Adenomi alto rischio	Adenomi basso rischio
Poliposi serrata Ripetere dopo 1 anno	>10 adenomi Ripetere prima di 3 anni	1-2 adenomi tubulari <10 mm Ripetere dopo 5-10 anni
≥10 mm o con displasia o adenoma serrato Ripetere dopo 3 anni	3-10 adenomi Ripetere dopo 3 anni	
<10 mm del colon prossimale e senza displasia Ripetere dopo 5 anni	Adenoma/i villoso/i o tubulare/i ≥10 mm Ripetere dopo 3 anni	
	Adenoma/i con displasia di alto grado Ripetere dopo 3 anni	

Tabella 1: Questi intervalli di sorveglianza presuppongono un esame di base completo, con raggiungimento del cieco, un'adeguata pulizia intestinale, e la completa rimozione dei polipi.

1. *Lieberman DA. Gastroenterology 2014; 146(1): 305-6*

6. Diarrea cronica > 4 settimane	
Inquadramento della condizione	La diarrea acuta non è generalmente un'indicazione alla colonscopia La diarrea cronica è definita in base alla durata > 4 settimane e > 3 scariche/die (1). La colite microscopica (colite collagena e colite linfocitica) è diagnosticata nel 10%-14% dei pz. con diarrea cronica (2). La diarrea cronica può riconoscere anche altre cause: malattie infiammatorie croniche intestinali (7%-14%), malattie infettive (11%-15%), malassorbimento (3%-5%), farmaci (4%-10%) (3)
Tipo di procedura	EPAGE II (4) ed ASGE (5) ritengono la colonscopia appropriata in caso di diarrea cronica (> 4 settimane). In caso di quadro macroscopico normale devono essere eseguite biopsie multiple per escludere la colite microscopica.
Riferimenti bibliografici	*1. Thomas PD Gut 2003; 52(suppl 5): v1-v15.* *2. Pardi DS Gut 2007; 56: 504-508* *3. Fine KD Gastroenterology 1999; 116: 1464-1486* *4. Schussele Filietta S et al. (EPAGE II) Endoscopy 2009; 41(3): 218-226* *5. ASGE Guidelines: Gastrointest Endosc 2012; 75(6): 1127-1131.*

Prevenzione del cancro del colon-rettale

Il cancro del colon retto è uno dei tumori più diffusi, soprattutto nelle persone al di sopra dei 50 anni (meno del 10% dei pazienti hanno < di 50 anni). Circa il 75% di tutti i nuovi tumori del colon-retto insorge in individui asintomatici, senza alcun fattore predisponente tranne l'età (average risk). I restanti casi insorgono in soggetti con storia familiare di cancro del colon-retto o polipo adenomatoso, o con sindrome di Lynch, poliposi adenomatosa familiare (FAP), o FAP attenuata (16).

Per la prevenzione del tumore colon rettale per i residenti tra i 50 ed i 69 anni in Regione Lombardia è attivo un programma di screening: tutti i residenti sono invitati tramite lettera con cadenza biennale ad eseguire il test del sangue occulto delle feci. In caso di positività al test è raccomandata una colonscopia di approfondimento. Tale modalità di screening è considerata efficace per la prevenzione del tumore del colon retto ***(European Commission. European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis, editor Segnan N, Patnick J, Von Karsa L. 2012)***. Il percorso, esente da costi per il cittadino, è gestito dai centri screening delle ATS che operano in collaborazione con gli erogatori del territorio.

Le raccomandazioni presenti in questo documento posso essere utilizzate dai centri screening delle ATS per aggiornare protocolli locali di follow up delle lesioni identificate nell'ambito dei programmi di screening con l'accortezza di prevedere il rientro nel percorso di screening al termine del periodo di sorveglianza ove opportuno e di aggiornare periodicamente i protocolli in relazione alle evidenze più aggiornate (ulteriori indicazioni, in coerenza con quanto definito nel PRP 2015-18 di cui alla DGR 3654/2015, per la gestione delle colonscopie nei percorsi di screening organizzato si rimandano a future linee guida dedicate al programma regionale di screening colon rettale).

Al di fuori dei programmi organizzati di screening è comunque possibile attivare prestazioni di prevenzione: EPAGE II (17) considera la colonscopia di screening appropriata nei soggetti average risk sopra i 50 anni. Se la colonscopia è negativa è appropriato eseguire la colonscopia ogni 10 anni fino all'età di 80 anni. La colonscopia deve sempre essere eseguita in caso di sangue occulto positivo (18).

Situazioni cliniche in cui la Esofagogastroduodenoscopia è ad elevato rischio di inappropriatezza

- Sintomatologia compatibile con malattia da reflusso gastroesofageo.

- L'acalasia, precedenti interventi chirurgici gastrici per ulcera, esofagite, ulcera duodenale, stenosi benigne sottoposte a dilatazione, **non hanno evoluzione maligna** e non richiedono follow-up endoscopico sequenziale o periodico.

La sorveglianza di gastrite atrofica con metaplasia intestinale, la gastrite autoimmune e l'ulcera gastrica richiedono valutazione specialistica del gastroenterologo.

Situazioni cliniche in cui la Colonscopia è ad elevato rischio di inappropriatezza

La **sindrome dell'intestino irritabile** è caratterizzata da dolore o "discomfort" addominale, ricorrente, per almeno 3 giorni al mese negli ultimi 3 mesi, con due o più dei seguenti sintomi:

- miglioramento con l'evacuazione
- variazioni nella frequenza delle evacuazioni e della consistenza fecale.

Possono essere presenti sintomi aggiuntivi come muco nelle feci, gonfiore e distensione addominale (21). La diagnosi di sindrome dell'intestino irritabile è possibile in presenza dei criteri elencati; la colonscopia NON è necessaria per formulare tale diagnosi

In rari casi l'esame può essere eseguito, una sola volta, per escludere una patologia, specie in caso di assenza di risposta dei sintomi alla terapia (22)

Se nel corso della storia del paziente con sintomi dell'intestino irritabile insorgono nuovi sintomi, e/o sintomi d'allarme, è indicata la colonscopia.

La diverticolosi del colon non è associata né ad aumentata frequenza né a maggior rischio di tumore (23). La diverticolosi non è pertanto un'indicazione alla colonscopia (22)

ATTENZIONE: In caso di diverticolite acuta l'esame colonscopico è controindicato. A distanza di almeno 4 settimane dalla risoluzione della fase acuta l'esame colonscopico può essere preso in considerazione in caso di sospetta patologia.

Situazioni cliniche in cui la Colonscopia deve essere valutata con attenzione

Sorveglianza di pazienti con familiarità per neoplasia colorettale

Mentre vi è un aumento di rischio per le persone con qualsiasi membro della famiglia affetto da neoplasia colorettale, non tutte le aggregazioni familiari hanno rischio assoluto sufficientemente elevato da meritare colonscopia di sorveglianza. Grado di parentela, età precoce di esordio e il numero di parenti colpiti sono indicatori di elevato rischio assoluto (24-26).

E' opportuno pertanto che i soggetti con familiarità per cancro colorettale vengano avviati a valutazione specialistica gastroenterologica.

Sorveglianza per displasia e cancro nei pazienti con malattie infiammatorie croniche intestinali di lunga durata

I pazienti con rettocolite ulcerosa sinistra o estesa e i pazienti con m. di Crohn che coinvolga almeno 1/3 del colon, a 10 anni dalla diagnosi dovrebbero essere sottoposti a colonscopia con mappatura bioptica, ed in seguito a sorveglianza periodica (rinviare a valutazione specialistica gastroenterologica) (26-28).

La sorveglianza colonscopica deve essere effettuata quando la malattia del colon è in remissione.

Tabelle riassuntive di Appropriatezza/Inappropriatezza prescrittive

Esofagogastroduodenoscopia (EGDS)

• Verifica radiologica e sorveglianza di ernia iatale da scivolamento asintomatica o non complicata • Follow up e sorveglianza periodica di esofagite, malattia da reflusso gastroesofageo, ulcera e/o deformazione duodenale, ed ulcera gastrica non complicata	**EGDS non indicata**
• Dispepsia o reflusso gastroesofageo persistenti dopo terapia • Dispepsia di recente insorgenza (insorta dopo 45 anni) o associata a sintomi di allarme • Dispepsia o reflusso gastroesofageo recidivanti in nota pregressa patologia organica • Follow-up di patologie, neoplasie, lesioni precancerose • Esofago di Barrett • Conferma istologica di reperti radiologici • Conferma istologica di reperti radiologici o dati biochimici: per Celiachia • Sanguinamento gastrointestinale o anemia	EGDS indicata
• Follow up dell'esofago di Barrett • Follow-up di neoplasie e lesioni displastiche gastriche e duodenali • Varici esofagee ed ipertensione portale • Corpi estranei, lesioni da caustici	Valutazione gastroenterologica

Colonscopia

• Sindrome dell'intestino irritabile • Diverticolosi	**Colonscopia non indicata**
• Sospetta lesione colica riscontrata con altra tecnica • Sanguinamento di origine indeterminata (ematochezia, melena dopo EGDS negativa, FOBT positivo) • Anemia sideropenica di origine indeterminata • Cancro del colon: ricerca di lesione sincrona o dopo resezione curativa • Sorveglianza di polipi (adenomi o polipi serrati) • Diarrea cronica (> 4 settimane)	Colonscopia indicata
• Famigliarità per cancro colo-rettale • Sorveglianza malattie infiammatorie croniche intestinali	Valutazione gastroenterologica

Bibliografia

1. *Libro Bianco della Gastroenterologia Italiana, a cura di AIGO SIED SIGE, 2011*
2. *Eskeland SL et al Scand J Gastroenterol 2014; 49: 492-500*
3. *Gimeno Garcia AZ et al Endoscopy 2012; 44: 32-37*
4. *ASGE Guidelines for digestive endoscopy. Gastrointest Endosc 2000; 52: 831-837*
5. *Vader JP et al Endosocpy 1999; 31: 687-694*
6. *Minoli G et al Gastrointest Endosc 2000; 52: 39-44*
7. *Burnand B Gastrointest Endosc 2006; 63: 1018-26*
8. *EPAGE II Endoscopy 2009; 41: 240-246*
9. *Arguello L et al Gastrointest Endosc 2012; 75: 138-45*
10. *Carrion S et al Gastroenterol Hepatol 2010; 33: 484-489*
11. *Minoli G Gastrointest Endosc 2000; 52: 39-44*
12. *Morini S Gastrointest Endosc 2001; 54: 175*
13. *Radaelli F Dig Liver Dis 2012; 44(9): 748-53*
14. *Sanaka MR et al. Gastrointest Endosc 2006; 63: 97-103*
15. *Grassini M et al Gastrointest Endosc 2008; 67: 88-93*
16. *Winawer SJ et al. Gastroenterology 1997; 112: 594-642.*
17. *Arditi C Endoscopy 2009; 41: 200-208.*
18. *Hassan C et al. Endoscopy 2013; 45: 142-150*
19. *Rex DK et al Am J Gastroenterol 2002; 97: 1296-1308*
20. *Harewood GC Gastrointest Endosc 2003; 58: 76-79*
21. *Longstreth GF et al, Gastroenterology 2006, 130 (5): 1480-91*
22. *ASGE Guidelines, Gastrointest Endosc 2012, 75 (6): 1127-1131*
23. *Granlund J, Aliment Pharmacol Ther 2011; 34 : 675-681*
24. *Butterworth AS, Eur J Cancer 2006;42:216–27*
25. *Cairns SR, Gut 2010; 59: 666-689*
26. *Winawer SJ et al. N Engl J Med 1993; 329: 1977-81*
27. *Lieberman DA, Gastroenterology 2014; 146(1): 305-6*
28. *ASGE Guidelines, Gastrointest Endoscopy 2015; 81: 1101-1121*

ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA

Codice Tariffario Regionale	Descrizione Tariffario regionale	Codice SISS (*)	Quesito 1	Quesito 2	Quesito 3
45.16	**ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA** [EGD]; Endoscopia dell' intestino tenue. Incluso eventuali biopsie di una o più sedi e/o eventuali brushing o washing per raccolta di campione Non eseguibile con: Biopsia [endoscopica] dell'esofago (42.24), dello stomaco (44.14), dell'intestino tenue (45.14)	584516	Dispepsia/Reflusso gastroesofageo persistente dopo terapia	Dispepsia di recente insorgenza (insorta dopo 45 anni) o presenza di sintomi di allarme	Dispepsia/Reflusso gastroesofageo recidivante in nota pregressa patologia organica
			Quesito 4	**Quesito 5**	**Quesito 6**
			Follow-up di patologie, neoplasie, lesioni precancerose	Esofago di Barrett	EGDS per conferma istologica di reperti radiologici
			Quesito 7	**Quesito 8**	**Quesito 9**
			EGDS per conferma istologica di sospetta malattia celiaca	Sanguinamento gastrointestinale	Anemia sideropenica o megaloblastica

COLONSCOPIA

Codice Tariffario Regionale	Descrizione Tariffario regionale	Codice SISS	Quesito 1	Quesito 2	Quesito 3
45.25	**COLONSCOPIA** CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Incluso eventuali biopsie di una o più sedi e/o eventuali brushing, washing per prelievo di campione. Non associabile a Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile (45.24). Escluso: Colonscopia transaddominale o attraverso stoma artificiale, Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23), Endoscopia transaddominale dell' intestino crasso, Proctosigmoidoscopia (48.24)	584525	Sospetta lesione colica riscontrata con altra tecnica di indagine	Sanguinamento dndd (ematochezia>45aa, ematochezia ricorrente<45aa, melena dopo EGDS neg, FOBT pos)	Anemia sideropenica di origine indeterminata
			Quesito 4	**Quesito 5**	**Quesito 6**
			Cancro del colon: ricerca lesioni sincrone o dopo resezione curativa	Sorveglianza di pazienti con polipi (adenomi o polipi serrati)	Diarrea cronica > 4 settimane

RETTOSIGMOIDOSCOPIA

Codice Tariffario Regionale	Descrizione Tariffario regionale	Codice SISS	Quesito 1	Quesito 2	Quesito 3
48.24	**RETTOSIGMOIDOSCOPIA** CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE; Endoscopia del retto, colon discendente. Incluso eventuali biopsie di una o più sedi e/o brushing o washing per raccolta di campione. Non associabile a Colonscopia con endoscopio flessibile (45.25). Escluso: Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23)	584824	Sospetta lesione colica riscontrata con altra tecnica di indagine	Sanguinamento dndd (ematochezia>45aa, ematochezia ricorrente<45aa, melena dopo EGDS neg, FOBT pos)	Anemia sideropenica di origine indeterminata
			Quesito 4	**Quesito 5**	**Quesito 6**
			Cancro del colon: ricerca lesioni sincrone o dopo resezione curativa	Sorveglianza di pazienti con polipi (adenomi o polipi serrati)	Diarrea cronica > 4 settimane

COLONSCOPIA - ILEOSCOPIA RETROGRADA

Codice Tariffario Regionale	Descrizione Tariffario regionale	Codice SISS	Quesito 1	Quesito 2	Quesito 3
45.23.1	**COLONSCOPIA - ILEOSCOPIA RETROGRADA**	5845231	Sospetta lesione colica riscontrata con altra tecnica di indagine	Sanguinamento dndd (ematochezia >45aa, ematochezia ricorrente <45aa, melena dopo EGDS neg, FOBT pos)	Anemia sideropenica di origine indeterminata
			Quesito 4		
			Diarrea cronica > 4 settimane		

RICERCA ANTICORPI ANTI-TOXOPLASMA

L'infezione da *Toxoplasma gondii* viene diagnosticata indirettamente per mezzo di metodi sierologici che prevedono la ricerca di anticorpi specifici.
Scopo delle presenti indicazioni è di garantire una diagnosi completa e il più rapida possibile nell'interesse del paziente affetto da toxoplasmosi, ma soprattutto della gravida e del frutto del concepimento.
Ai fini della prevenzione dell'infezione congenita è raccomandabile che l'accertamento dello stato immunitario sia eseguito prima della gravidanza e comunque quanto prima possibile una volta appreso lo stato gravidico. In caso di necessità di ripetizione dei test è raccomandabile che questi vengano eseguiti sempre nello stesso laboratorio.
Come test di screening è necessario eseguire la ricerca contestuale di anticorpi specifici IgG e IgM.
I test sierologici di screening impiegati devono avere caratteristiche di elevata sensibilità (>95%) e specificità (>95%) diagnostiche.
In base all'esito di queste ricerche potranno essere necessari approfondimenti diagnostici di secondo livello, in particolare il test di avidità delle IgG, così come indicato nella nuova descrizione della prestazione 91.09.4 e nella flow chart di seguito riportata.

I laboratori che eseguono la ricerca di anticorpi anti Toxoplasma devono essere in grado di eseguire in sede la ricerca di anticorpi specifici anti IgG e IgM e il test di avidità delle IgG.

Esulano dallo scopo di queste indicazioni gli approfondimenti di terzo livello quali ad esempio la ricerca di *Toxoplasma gondii* nei liquidi biologici per mezzo di test molecolari (PCR e/o analoghi).

Al fine di permettere quanto sopra riportato viene modificata la descrizione e la tariffa della prestazione:

Nota	Codice	Descrizione della prestazione	Tariffa Euro
	91.09.4	91.09.4 TOXOPLASMA ANTICORPI (E.I.A.) Per classe di anticorpi	7,90

così come sotto indicato:

Nota	Codice	Descrizione della prestazione	Tariffa Euro
M	91.09.4	TOXOPLASMA ANTICORPI IgG e IgM. Incluso test di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie. Incluso eventuali Immunoblotting e Anticorpi IgA. Non associabile a 91.04.6 Parassiti Anticorpi Immunoblotting (Saggio di conferma)	16,20

Viene inoltre modificata la descrizione della prestazione:

Nota	Codice	Descrizione della prestazione	Tariffa Euro
M	90.83.6	ANTICORPI IgG AVIDITY per Toxoplasma, Rosolia, Citomegalovirus. Per ogni determinazione.	26,35

così come sotto indicato:

Nota	Codice	Descrizione della prestazione	Tariffa Euro
IM	90.83.6	ANTICORPI IgG AVIDITY per Rosolia, Citomegalovirus. Per ogni determinazione.	26,35

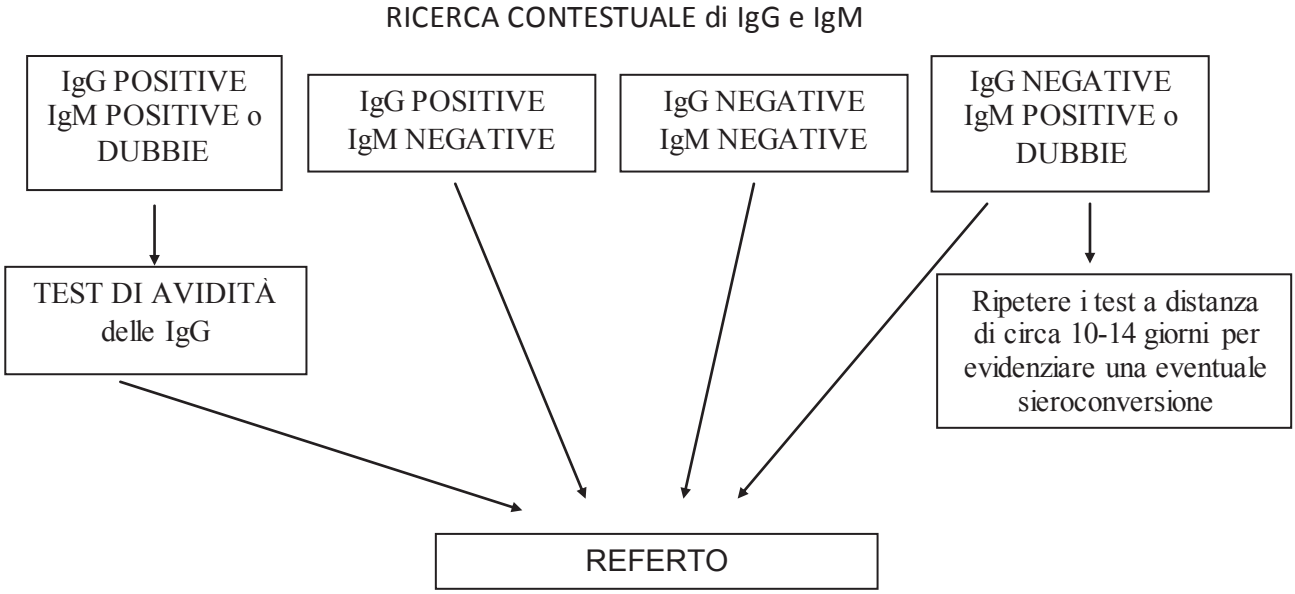
Sono eliminate dal Nomenclatore Tariffario della Regione Lombardia le prestazioni:

- 91.09.5 TOXOPLASMA ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione) [TEST DI FULTON]
- 91.09.6 TOXOPLASMA ANTICORPI IMMUNOBLOTTING per IgG e IgM (Saggio di conferma) (Per classe di anticorpi)

- 91.10.1 TOXOPLASMA ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.) Per classe di anticorpi in quanto ricomprese nella nuova descrizione della prestazione 91.09.4.

MODALITÀ DI EROGAZIONE

La nuova descrizione della prestazione "91.09.4 *TOXOPLASMA ANTICORPI IgG e IgM. Incluso test di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie. Incluso eventuali Immunoblotting e Anticorpi IgA. Non associabile a 91.04.6 Parassiti Anticorpi Immunoblotting (Saggio di conferma)*" implica che debba essere eseguita la ricerca contestuale di anticorpi specifici IgG e IgM.
In caso di IgG positive e IgM positive o dubbie, deve essere eseguito il test di avidità delle IgG.
In caso di IgG negative e IgM positive o dubbie è indicata la ripetizione del prelievo e dei test a distanza di circa 10-14 giorni per evidenziare una eventuale sieroconversione. Per la ripetizione del prelievo e dei test è necessaria una nuova richiesta.



Nei casi in cui debba essere eseguito un test in Immunoblotting IgG e/o IgM o una ricerca di IgA specifiche, ad esempio nelle sospette infezioni neonatali, questi sono ricompresi nella prestazione 91.09.4.

Il TAT (Turn Aroud Time) tra l'accettazione del campione biologico e la refertazione, per la ricerca IgG e IgM e l'eventuale test di avidità delle IgG, di norma non deve essere superiore a cinque giorni lavorativi.

Il referto di laboratorio deve contenere:
- tipo di materiale biologico analizzato;
- tipo di esame eseguito;
- le metodiche utilizzate;
- i valori numerici dei risultati e la valutazione dei valori numerici (IgG e IgM: positivo/dubbio/negativo; IgG-avidità: alta/moderata/bassa);
- le unità di misura;
- i valori di riferimento;
- eventuali indicazioni per la ripetizione dei test.

Per l'interpretazione dei risultati dei test nelle varie situazioni (non in gravidanza, in gravidanza, nel neonato) si rimanda alla bibliografia di riferimento.

Bibliografia essenziale di riferimento

- Gruppo multidisciplinare “Malattie infettive in Ostetricia-Ginecologia e Neonatologia”. Percorsi diagnostico-assistenziali in Ostetricia-Ginecologia e Neonatologia: *Toxoplasma gondii*. 2012. http://www.amcli.it/wp-content/uploads/2015/10/TOXOPLASMAGONDIAprilE2012.pdf
- Percorsi diagnostici AMCLI. Infezioni a Trasmissione Verticale: *Toxoplasma gondii*. 2009. http://www.amcli.it/?page_id=22386
- Robert-Gangneux F., Dardé ML. Epidemiology of and diagnostic strategies for toxoplasmosis. Clin Microbiol Rev. 2012 Jul;25(3):583. http://cmr.asm.org/content/25/2/264.full.pdf+html

RICERCA ANTICORPI ANTI VIRUS DELLA ROSOLIA

Fermo restando quanto contenuto nella nota H1.2013.0019375 del 01/07/2013 e successiva H1.2013.0027024 del 26/09/2013 - Circolare 0016471 del 17.07.2013 Ministero della Salute "Sorveglianza della rosolia congenita e dell'infezione da virus della rosolia in gravidanza alla luce del nuovo Piano Nazionale di Eliminazione del morbillo e della rosolia congenita 2010-2015". Indicazioni operative", in cui:

- sono contenuti i protocolli per la diagnosi di rosolia in gravidanza, il monitoraggio dell'esito della gravidanza e la diagnosi di rosolia congenita e follow-up;
- è ribadito che i campioni per la CONFERMA SIEROLOGICA possono essere inviati a tutti i laboratori che eseguono test validati per la ricerca di IgM/IgG-virus specifiche. I campioni per la RICERCA VIRALE DIRETTA sono da inviare al laboratorio di riferimento per la sorveglianza integrata di morbillo e rosolia (laboratorio di Virologia molecolare, SS virologia, Fondazione IRCCS Policlinico "San Matteo" - Pavia che eseguirà tutti gli accertamenti richiesti in collaborazione con il Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute, Università degli Studi di Milano);

si dispone quanto segue.

L'infezione da virus della Rosolia viene diagnosticata indirettamente per mezzo di metodi sierologici che prevedono la ricerca di anticorpi specifici.

Ai fini della prevenzione dell'infezione congenita è raccomandabile la vaccinazione e l'accertamento dello stato immunitario eseguito prima della gravidanza e comunque quanto prima possibile una volta appreso lo stato gravidico. In caso di necessità di ripetizione dei test è raccomandabile che questi vengano eseguiti sempre nello stesso laboratorio.

Scopo delle presenti indicazioni è di garantire una diagnosi completa e il più rapida possibile nell'interesse del paziente con infezione da virus della Rosolia, ma soprattutto della gravida e del frutto del concepimento.

Come test di screening in caso di sospetta infezione acuta o per la determinazione dello stato immunitario in gravidanza o in funzione preconcezionale è necessario eseguire la ricerca contestuale di anticorpi specifici IgG e IgM.

Come test di screening per il controllo dello stato immunitario in situazioni diverse dalla gravidanza è sufficiente eseguire la sola ricerca degli anticorpi specifiche IgG.

I test sierologici di screening impiegati devono avere caratteristiche di elevata sensibilità (>95%) e specificità (>95%).

Esulano dallo scopo di questo documento gli approfondimenti di terzo livello quali la ricerca di virus della Rosolia nei liquidi biologici per mezzo di test molecolari (PCR e/o analoghi).

Al fine di permettere quanto sopra riportato viene modificata la descrizione e la tariffa della prestazione:

Nota	Codice	Descrizione della prestazione	Tariffa Euro
M	91.26.4	VIRUS ROSOLIA ANTICORPI per classe di anticorpi	7,90

così come sotto indicato:

Nota	Codice	Descrizione della prestazione	Tariffa Euro
M	91.26.4	VIRUS ROSOLIA IgG e IgM per sospetta infezione acuta o determinazione dello stato immunitario in gravidanza	15,80

Viene inoltre introdotta nel Nomenclatore Tariffario della Regione Lombardia la prestazione:

Nota	Codice	Descrizione della prestazione	Tariffa Euro
I	91.26.E	VIRUS ROSOLIA ANTICORPI IgG per controllo stato immunitario	7,90

Sono eliminate dal Nomenclatore Tariffario della Regione Lombardia le prestazioni:

- 91.26.5 VIRUS ROSOLIA ANTICORPI (Titolazione mediante I.H.A.)

in quanto ricomprese nella nuova descrizione della prestazione 91.26.4.

MODALITÀ DI EROGAZIONE

La nuova descrizione della prestazione "91.26.4 *VIRUS ROSOLIA IgG e IgM per sospetta infezione acuta o determinazione dello stato immunitario in gravidanza"* implica che debba essere eseguita la ricerca contestuale di anticorpi specifici IgG e IgM.

In caso di IgG negative e IgM positive o dubbie è indicata la ripetizione del prelievo e dei test a distanza di circa 10-14 giorni per evidenziare una eventuale sieroconversione. Per la ripetizione del prelievo e dei test è necessaria una nuova richiesta.

La prestazione "91.26.E *VIRUS ROSOLIA ANTICORPI IgG per controllo stato immunitario"* prevede l'esecuzione della sola ricerca di IgG.

Il TAT (Turn Aroud Time) tra l'accettazione del campione biologico e la refertazione, per la ricerca IgG e IgM, di norma non deve essere superiore a cinque giorni lavorativi.

Il referto di laboratorio deve contenere:

- tipo di materiale biologico analizzato;
- tipo di esame eseguito;
- le metodiche utilizzate;
- i valori numerici dei risultati e la valutazione dei valori numerici (IgG e IgM: positivo/dubbio/negativo);
- le unità di misura;
- i valori di riferimento;
- eventuali indicazioni per la ripetizione dei test.

Bibliografia essenziale di riferimento

- Percorsi diagnostici AMCLI. Infezioni a Trasmissione Verticale: Virus della Rosolia. 2013. http://www.amcli.it/?page_id=22286
- Best JM. Rubella. Seminars in Fetal and Neonatal Medicine. 2007 Jun;12(3):182- 92.
- Ministero della Salute - Circolare 0016471 del 17.07.2013 - "Sorveglianza della rosolia congenita e dell'infezione da virus della rosolia in gravidanza alla luce del nuovo Piano Nazionale di Eliminazione del morbillo e della rosolia congenita 2010-2015".

SUB ALLEGATO 18

RAGGRUPPAMENTO ATTUALE	NUOVE UNIONI D'ACQUISTO	AZIENDE/ATTUALI		NUOVE UNIONI D'ACQUISTO/NUOVE AZIENDE
UNIONE FORMALIZZATA INTERAZIENDALE IN MATERIA DI ACQUISTI - Accordo Interaziendale Sanità Alta Lombardia (AISAL)	ATS INSUBRIA - MONTAGNA	951	A.O. FONDAZIONE MACCHI - VARESE	ASST DEI SETTE LAGHI
	ATS INSUBRIA - MONTAGNA	952	A.O. S.ANTONIO ABATE - GALLARATE	ASST DELLA VALLE OLONA
	ATS INSUBRIA - MONTAGNA	953	A.O. BUSTO ARSIZIO	ASST DELLA VALLE OLONA
	ATS INSUBRIA - MONTAGNA	959	A.O. SANT'ANNA DI COMO	ASST LARIANA
	ATS BRIANZA-PAVIA	960	A.O. DI LECCO	ASST DI LECCO
	ATS MILANO	973	A.O. OSPEDALE CIVILE DI LEGNANO	ASST OVEST MILANESE
	ATS INSUBRIA - MONTAGNA	980	A.O. VALTELLINA E VALCHIAVENNA	ASST DELLA VALTELLINA E ALTO LARIO
Consorzio A.I.P.E.L.	ATS BERGAMO-BRESCIA-VALPADANA	954	A.O. SPEDALI CIVILI - BRESCIA	ASST DEGLI SPEDALI CIVILI DI BRESCIA
	ATS BERGAMO-BRESCIA-VALPADANA	955	A.O. 'M.MELLINI' - CHIARI	ASST DELLA FRANCIACORTA
	ATS BERGAMO-BRESCIA-VALPADANA	956	A.O. DESENZANO DEL GARDA	ASST DEL GARDA
	ATS BERGAMO-BRESCIA-VALPADANA	957	A.O. ISTITUTI OSPITALIERI - CREMONA	ASST DI CREMONA
	ATS BERGAMO-BRESCIA-VALPADANA	958	A.O. OSPEDALE MAGGIORE - CREMA	ASST DI CREMA
	ATS BERGAMO-BRESCIA-VALPADANA	962	A.O. BERGAMO	ASST PAPA GIOVANNI XXIII
	ATS BERGAMO-BRESCIA-VALPADANA	963	A.O. TREVIGLIO e CARAVAGGIO	ASST DI BERGAMO OVEST
	ATS BERGAMO-BRESCIA-VALPADANA	964	A.O. 'BOLOGNINI' - SERIATE	ASST DI BERGAMO EST
	ATS BERGAMO-BRESCIA-VALPADANA	965	A.O. CARLO POMA DI MANTOVA	ASST DI MANTOVA
	ATS MILANO	978	A.O. PROVINCIA DI LODI	ASST DI LODI

	ATS BRIANZA-PAVIA	979	A.O DELLA PROVINCIA DI PAVIA	ASST DI PAVIA
	UNIONE ATS	302	ASL BRESCIA	ATS DI BRESCIA
	UNIONE ATS	304	ASL CREMONA	ATS DELLA VALPADANA
	UNIONE ATS	306	ASL LODI	ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO
	UNIONE ATS	307	ASL MANTOVA	ATS DELLA VALPADANA
	UNIONE ATS	312	ASL PAVIA	ATS DI PAVIA
	ATS INSUBRIA - MONTAGNA	315	ASL VALLECAMONICA SEBINO	NUOVA ASST VALLECAMONICA
	ATS BERGAMO-BRESCIA-VALPADANA		ISTITUTO ZOOPROFILATTICO di BRESCIA	ISTITUTO ZOOPROFILATTICO DI BRESCIA
ACCORDO INTERAZIENDALE PER LA DISCIPLINA DI FORME AGGREGATE RIGUARDANTI L'APPROVVIGIONAMENTO E GESTIONE DI BENI E DI SERVIZI DELLE AZIENDE OSPEDALIERE DI MILANO E PROVINCIA	ATS MILANO	966	A.O. LUIGI SACCO	ASST FBF E SACCO
	ATS MILANO	967	A.O. NIGUARDA	ASST GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO NIGUARDA
	ATS MILANO	968	A.O. I.C.P.	ASST NORD MILANO
	ATS MILANO	969	A.O. FATEBENEFRATELLI	ASST FBF E SACCO
	ATS MILANO	970	A.O. SAN PAOLO	ASST SANTI PAOLO E CARLO
	ATS MILANO	972	A.O. SAN CARLO BORROMEO	ASST SANTI PAOLO E CARLO
	ATS MILANO	974	A.O. SALVINI DI GARBAGNATE	ASST RHODENSE
	ATS MILANO	975	A.O. MELEGNANO	ASST MELEGNANO E MARTESANA
	ATS BRIANZA-PAVIA	976	A.O. OSPEDALE CIVILE VIMERCATE	ASST DI VIMERCATE
	ATS BRIANZA-PAVIA	977	A.O. SAN GERARDO DI MONZA	ASST DI MONZA
	ATS MILANO	922	FONDAZIONE IRCCS ISTITUTO NAZ. TUMORI	IRCCS TUMORI

	ATS MILANO	923	FONDAZIONE IRCCS NEUROLOGICO C. BESTA	IRCCS BESTA
	ATS BRIANZA-PAVIA	924	FONDAZ.IRCCS POLICLINICO S.MATTEO	IRCCS S.MATTEO
	ATS MILANO	925	FONDAZIONE IRCCS POLICLINICO MILANO	IRCCS POLICLINICO MILANO
	ATS MILANO	971	A.O. PINI	ASST CENTRO SPECIALISTICO ORTOPEDICO TR. G. PINI
	ATS MILANO	991	AREU	AREU
UNIONE INTERAZIENDALE	UNIONE ATS	301	ASL BERGAMO	ATS DI BERGAMO
	UNIONE ATS	303	ASL COMO	ATS DELL'INSUBRIA
	UNIONE ATS	305	ASL LECCO	ATS DELLA BRIANZA
	UNIONE ATS	311	ASL MONZA E BRIANZA	ATS DELLA BRIANZA
	UNIONE ATS	313	ASL SONDRIO	ATS DELLA MONTAGNA
	UNIONE ATS	314	ASL VARESE	ATS DELL'INSUBRIA
ACCORDO INTERAZIENDALE PER LA DISCIPLINA DELLE PROCEDURE DI GARA IN FORMA AGGREGATA RIGUARDANTI LA FORNITURA DI BENI E L'APPALTO DI SERVIZI	UNIONE ATS	308	ASL MILANO	ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO
	UNIONE ATS	309	ASL MILANO 1	ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO
	UNIONE ATS	310	ASL MILANO 2	ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO

Sub Allegato 19

Regione Lombardia - Direzione Welfare, rappresentata per il presente atto dal Direttore Generale Welfare, Dr. Walter Bergamaschi,

e

Federfarma Lombardia, rappresentata dal Presidente, Dr.ssa Annarosa Racca,

e

Assofarm/Confservizi Lombardia, rappresentata dal Delegato Regionale xxxxx

di seguito cumulativamente individuate anche come "Parti" e/o singolarmente come "Parte",

Visto

- L'art. 3, comma 3, del D. Lgs 175/2014 inerente la "Trasmissione all'Agenzia delle entrate da parte di soggetti terzi di dati relativi a oneri e spese sostenute dai contribuenti";
- Il Decreto del Ministero dell'Economia e Finanze del 31 luglio 2015, riportante le "Specifiche tecniche e modalità operative relative alla trasmissione telematica delle spese sanitarie al Sistema Tessera Sanitaria, da rendere disponibili all'Agenzia delle entrate per la dichiarazione dei redditi precompilata";
- il Provvedimento dell'Agenzia delle Entrate 31 luglio 2015, in attuazione del comma 5, art. 3 del D. Lgs. 175/2014 attinente alle "Modalità tecniche di utilizzo dei dati delle spese sanitarie ai fini della elaborazione della dichiarazione dei redditi precompilata";
- la documentazione tecnica rilasciata dal Progetto Tessera Sanitaria;
- la circolare regionale prot. n° H1.2015.0023651 del 5 agosto 2015;
- la circolare regionale prot. n° H1.2015.0028940 del 12 ottobre 2015;

Premesso che

- tra le Parti è in essere la "*Convenzione per l'utilizzo della piattaforma tecnologica SISS da parte delle farmacie lombarde e per la loro partecipazione ai servizi messi a disposizione dal sistema SISS per la comunicazione ed elaborazione dei dati sanitari e il miglioramento dei servizi all'utenza*" (di seguito individuata come "Convenzione SISS"), recepita con la DGR 1427/2015;

Considerato che

- la circolare regionale prot. n° H1.2015.0023651 del 5 agosto 2015 prevede che "*le Strutture erogatrici lombarde, pubbliche e private accreditate, già da diversi anni adempiono al dettato del comma 5, dell'art. 50 della Legge 326/2003 per il tramite del sistema di accoglienza flussi predisposto da Regione Lombardia. In accordo con il MEF anche il flusso dati di cui al D. Lgs in oggetto sarà inviato al Sistema TS con analoghe modalità avvalendosi della stessa piattaforma tecnologica*";
- la circolare regionale prot. n° H1.2015.0028940 del 12 ottobre 2015 precisa che "*in Regione Lombardia, a fronte di accordi con il MEF, è stato stabilito che tutte le Strutture erogatrici Pubbliche e Private accreditate che già inviano i flussi per adempiere al dettato di cui al comma 5, dell'art. 50 della Legge 326/2003 si avvarranno per l'invio del flusso di cui al D. Lgs 21 novembre 2014 n. 175 della piattaforma regionale già in uso*";
- l'allegato 1 della circolare regionale prot. n° H1.2015.0028940 riporta che "l*e farmacie pubbliche e private convenzionate invieranno i dati di spesa per l'acquisto di farmaci ed altre spese sanitarie, come meglio dettagliato nel tracciato sezione "voceSpesa", a Regione Lombardia, con le stesse modalità di invio del file Flusso Unico di Rendicontazione (FUR) per il tramite del concentratore di Federfarma*";

si conviene e stipula quanto segue

1) La Convenzione SISS, stipulata tra le Parti in data 28/02/2014 viene integrata con il seguente Sottoallegato A6:

SOTTOALLEGATO A6 - PROTOCOLLO DI INTESA PER L'ACQUISIZIONE DATI SPESE SANITARIE DETRAIBILI PER LA COMPILAZIONE DEL MODELLO 730

1. Federfarma Lombardia e Assofarm/Confservizi Lombardia, così come rappresentate in epigrafe, nel rispetto del ruolo loro assegnato dalla legislazione vigente, si accordano affinché Federfarma Lombardia sviluppi e manutenga il software denominato Concentratore 730 Federfarma Lombardia, (di seguito **Concentratore730RL**)specifico per le farmacie lombarde.
2. Le farmacie lombarde si impegnano ad inviare al **Concentratore730RL** i file contenenti i dati disponibili delle spese sanitarie (di seguito individuati come "Flusso 730" o "Flussi 730"), così come previsto dalla normativa sopra richiamata e dagli ulteriori e seguenti accordi tecnici definiti tra le Parti d'intesa con Lombardia Informatica, partner tecnologico di Regione Lombardia.
3. Il **Concentratore730RL** , a fronte della ricezione di Flusso 730 inviato da una farmacia, genererà un numero di protocollo attribuito a tale ricezione ed invierà un riscontro alla farmacia, in cui sarà contenuto il numero di protocollo assegnato. Mediante tale numero di protocollo, la farmacia potrà tracciare in ogni istante lo stato del suo invio, interrogando un *end point* del **Concentratore730RL** .
4. Il **Concentratore730RL** analizzerà ogni Flusso 730 ricevuto e, se formalmente valido, lo archivierà in una cartella locale.
5. Alla scadenza dei temini per inviare i Flussi 730, secondo quanto previsto dal calendario annualmente concordato tra le Parti e d'intesa con Lombardia Informatica, gli incaricati di Federfarma Lombardia scaricheranno i Flussi 730 validi in forma compressa e li invieranno, tramite VPN, a Lombardia Informatica.
6. Lombardia Informatica, al ricevimento dei file compressi contenenti i Flussi 730, comunicherà a Federfarma Lombardia l'avvenuta ricezione.
7. Lombardia Informatica invierà quindi i Flussi 730 al Sistema TS; quest'ultimo rilascerà un protocollo per ogni flusso accolto. Lombardia Informatica invocherà i servizi messi a disposizione dal SistemaTS per ottenere gli esiti dei file inviati che verranno inoltrati tempestivamente a Federfarma Lombardia per renderli disponibili alle farmacie entro tempi utili per il rispetto dei termini previsti per legge.
8. Per il biennio 2015/2016, il calendario di cui al precedente punto 5 è il seguente:

Periodo di riferimento della memorizzazione dati	**Inizio trasmissione**	**Termine trasmissione**
Tutti i dati disponibili 2015	1 gennaio 2016	31 gennaio 2016*
Gennaio	1 febbraio 2016	5 febbraio 2016
Febbraio	6 febbraio 2016	7 marzo 2016
Marzo	8 marzo 2016	5 aprile 2016
Aprile	6 aprile 2016	5 maggio 2016
Maggio	6 maggio 2016	6 giugno 2016
Giugno	7 giugno 2016	5 luglio 2016
Luglio	6 luglio 2016	5 agosto 2016
Agosto	6 agosto 2016	5 settembre 2016
Settembre	6 settembre 2016	5 ottobre 2016
Ottobre	6 ottobre 2016	7 novembre 2016
Novembre	8 novembre 2016	5 dicembre 2016
Dicembre	6 dicembre 2016	31 gennaio 2017*

***Il 31 gennaio di ogni anno è il termine ultimo per l'invio dei dati relativi all'anno precedente.**

I. Si concorda di sostituire l'Art. 5 della Convenzione SISS, stipulata tra le Parti in data 28/02/2014 con il seguente articolo:

Art. 5 Riservatezza dei dati personali e deleghe all'invio dei FUR e dei Flussi 730

1. Ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e in base alle "Disposizioni Regionali alle Aziende Sanitarie Pubbliche e agli IRCCS di diritto pubblico, in ordine alla definizione dei ruoli e dei compiti relativi al trattamento dei dati personali nell'ambito del SISS", allegate alla DGR VIII/5198 del

02/08/2007, aggiornata dalla DGR IX/4928 del 28/02/2013, il farmacista che aderisce al SISS mediante la sottoscrizione del contratto di cui al Sottoallegato A1 della presente Convenzione, è designato Responsabile del trattamento dei dati personali dall'ASL/ATS a cui afferisce.

2. Il farmacista, per le attività e gli ambiti non previsti all'interno della presente convenzione in ambito SISS, resta titolare del trattamento dei dati personali di propria competenza.
3. In relazione all'oggetto del presente accordo, Regione Lombardia (Titolare del trattamento dei dati) nomina Federfarma Lombardia, le Federfarma Provinciali, Assofarm/Confservizi Lombardia, Studiofarma S.r.l. (sviluppatore del Concentratore FUR) e Securproject S.r.l. (sviluppatore del **Concentratore730RL**), quali Responsabili del trattamento dei dati personali trattati per dare seguito al contenuto della presente convenzione, con particolare riguardo al trattamento inerente l'invio del FUR, la trasmissione dei Flussi 730 e l'erogazione dei servizi SISS oggetto della presente convenzione.
4. In virtù della designazione di cui al comma precedente, i soggetti elencati al comma 3, trattano i dati personali in conformità alle disposizioni previste dal D. Lgs. 196/2003, al solo scopo di dar corso alla finalità previste nel presente accordo.
   I soggetti Responsabili del Trattamento dati sopra elencati, si obbligano altresì, ad adottare tutte le misure di sicurezza previste dalle norme vigenti, con particolare riguardo alle misure minime di sicurezza previste dagli artt. 33, 34 e 35 e dall'allegato B del D. Lgs 196/2003 in ordine alla custodia e al controllo dei dati personali trattati in modo da ridurre al minimo, mediante l'adozione di idonee e preventive misure di sicurezza, i rischi di distruzione o perdita anche accidentale dei dati stessi, nonché di accesso di terzi non autorizzati, o di trattamento non consentito o non conforme alle finalità della raccolta (art. 31);
5. E' onere di ogni singola farmacia lombarda provvedere a predisporre l'opportuna delega a Federfarma Lombardia per l'invio dei propri FUR e Flussi 730 a Lombardia Informatica, la quale, per conto di Regione, li invierà al Sistema TS.

Milano, lì _____

Per Regione Lombardia, il Direttore Generale Welfare Walter Bergamaschi

Per Federfarma Lombardia, il Presidente Annarosa Racca

Per Assofarm/Confservizi Lombardia, il Delegato regionale xxxx