

Deliberazione Giunta Regionale – Regione Lombardia - 1 dicembre 2010 n. 9/937

"Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2011"

(Pubblicata nel B.U. Lombardia 14 dicembre 2010, n. 50, 2° suppl. straord.)

LA GIUNTA REGIONALE

Vista la seguente normativa nazionale:

- D.LGS. 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 4 dicembre 2008, n. 189;
- D.LGS. 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»;
- legge 23 dicembre 2009, n. 191 recante «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge finanziaria 2010)»;
- 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»;
- il disegno di legge per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato triennio 2011-2013 (Finanziaria 2011);

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;

Visti, altresì, i provvedimenti amministrativi adottati in materia di sanità penitenziaria in attuazione del d.p.c.m. 1 aprile 2008;

Preso atto che, in data 3 dicembre 2009 – Rep. n. 243/CSR – la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano ha sancito l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul nuovo «Patto per la Salute per gli anni 2010-2012»;

Precisato che il suddetto documento mantiene la previsione che l'accesso a tali risorse da parte della Regione Lombardia, come delle altre Regioni, è condizionato al rispetto perentorio di molteplici adempimenti definiti nella normativa vigente come specificato nell'Allegato 2 del presente atto «Il quadro del sistema per l'anno 2011»;

Viste le seguenti leggi regionali:

- 31 marzo 1978, n. 34 «Norme sulle procedure della programmazione, sul bilancio e sulla contabilità della Regione» che stabilisce nell'articolo 79-ter che gli enti del sistema regionale contribuiscono al concorso della Regione per la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica;
- 12 marzo 2008, n. 3 recante «Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario » e le successive modifiche ed integrazioni;
- 30 agosto 2008, n. 1 «Legge regionale statutaria» che nell'articolo 48 ha rafforzato la visione dell'ente regionale come «insieme» di enti, aziende, società , fondazioni cui affidare la responsabilità di attuare le politiche regionali;
- 30 dicembre 2009, n. 33 recante «Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità » e successive modifiche e integrazioni;

Richiamati i seguenti documenti di programmazione regionale, con particolare riferimento alla programmazione sanitaria:

- D.C.R. n. IX/56 del 28 settembre 2010 «Programma regionale di sviluppo della IX legislatura»;
- D.C.R. n. IX/88 del 17 novembre 2010 «Piano socio sanitario regionale 2010-2014»;

Richiamate inoltre le delibere di Giunta regionale che approvano i fabbisogni di personale 2009-2011 ed i piani di assunzione a tempo indeterminato per l'anno 2010 della Aziende e degli enti del Sistema Sanitario regionale ed in particolare:

- D.G.R. n. 9930 del 29 luglio 2009 «Aziende Sanitarie Locali: fabbisogni personale triennio 2009/2011 – Piani di assunzione a tempo indeterminato 2009 – Prime determinazioni», successivamente modificata dalla D.G.R. n. 10218 del 28 settembre 2009 «Determinazioni in ordine ai fabbisogni personale per il triennio 2009/2011 – Piani di assunzione a tempo indeterminato 2009 – nelle Aziende Sanitarie Locali. Modifiche D.G.R. 9930/2009»;
- D.G.R. n. 9933 del 29 luglio 2009 «Aziende Ospedaliere, Azienda Regionale Emergenza e Urgenza (AREU) e Fondazioni IRCCS di Diritto Pubblico: fabbisogni personale triennio 2009/2011 – Piani di assunzione a tempo indeterminato 2009 – prime determinazioni»;
- D.G.R. n. 9/695 del 26 ottobre 2010 «Aziende Sanitarie Locali – Piani di assunzione a tempo indeterminato 2010»;
- D.G.R. n. 9/696 del 26 ottobre 2010 «Aziende ospedaliere, Azienda Regionale Emergenza e Urgenza e Fondazioni IRCCS di diritto pubblico – Piani di assunzione a tempo indeterminato 2010»;

Richiamate altresì le Regole di Sistema per il Servizio Socio- Sanitario Regionale relative all'anno 2010 adottate con i provvedimenti amministrativi di seguito elencati:

- D.G.R. n. 8/10804 del 16 dicembre 2009 «Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2010 (di concerto con l'Assessore Boscagli)»;
- D.G.R. n. 8/11080 del 27 gennaio 2010 «Programmazione degli accreditamenti dei posti letto delle residenze sanitario assistenziali per anziani – Anno 2010»;
- D.G.R. n. 8/11262 del 10 febbraio 2010 «Ulteriori determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2010»;
- D.G.R. n. 8/11270 del 10 febbraio 2010 «Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2010 – II provvedimento»;
- D.G.R. n. 8/11512 del 24 marzo 2010 «D.G.R. n. 10804 del 16 dicembre 2009 avente ad oggetto "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2010" integrazione degli allegati B e C»;

- D.G.R. n. 9/621 del 29 settembre 2010 «Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per

l'esercizio 2010 – III provvedimento»;

Richiamate inoltre le seguenti delibere di Giunta regionale:

- D.G.R. n. 8/8496 del 26 novembre 2008 «Disposizioni in materia di esercizio, accreditamento, contratto e linee di indirizzo per la vigilanza ed il controllo delle Unità d'Offerta socio sanitarie»;
- D.G.R. n. 8/10411 del 28 ottobre 2009 «Schema di accordo con le farmacie sulla distribuzione dei farmaci in PHT per il periodo 2009-2011»;
- D.G.R. n. 8/10512 del 9 novembre 2009 «Determinazioni in merito all'evoluzione del Progetto CRS-SISS – Approvazione della pianificazione di dettaglio, dello schema di incarico a Lombardia Informatica e degli schemi di convenzione tra Regione Lombardia, Lombardia Informatica S.p.A. e Aziende Sanitarie»;
- D.G.R. n. 8/11086 del 27 gennaio 2010 «Nuovo Patto per la Salute per gli anni 2010-2012 (di concerto con l'Assessore Boscagli)»;
- D.G.R. n. 9/11269 del 10 febbraio 2010 «Determinazioni in merito al progetto CRS-SISS: proroga convenzione con le farmacie per la partecipazione ai servizi SISS, inclusi quelli di prenotazione di visite ed esami specialistici e registrazione del consenso informato al trattamento dei dati personali in ambito CRS-SISS»;
- D.G.R. n. 9/348 del 28 luglio 2010 «Linee programmatiche per la realizzazione di azioni di informazione e comunicazione sulla CRS-SISS»;
- D.G.R. n. 9/700 del 26 ottobre 2010 «Proposta di accordo con le farmacie per l'erogazione di ausili e presidi per i pazienti diabetici nel triennio 2010-2013; schema tipo di convenzione con FEDERFARMA per l'utilizzo del sistema Webcare 2 del tariffario ausili e presidi»;

Ritenuto pertanto di definire le «Regole di Gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'anno 2011» e di approvare a tal fine i seguenti allegati, parti integranti del presente provvedimento:

- Allegato 1 – Indirizzi di programmazione
- Allegato 2 – Il quadro del sistema per l'anno 2011

- Allegato 3 – Gli acquisti delle Aziende Sanitarie: linee di indirizzo • Allegato 4 – Piani e programmi di sviluppo
- Allegato 5 – Le attività di prevenzione mediche e veterinarie delle ASL
- Allegato 6 – Organizzazione, personale dipendente, medicina convenzionata territoriale, direzione strategica aziendale
- Allegato 7 – Sistema Informativo Socio Sanitario
- Allegato 8 – Farmaceutica e protesica
- Allegato 9 – Psichiatria e NPIA
- Allegato 10 – Sanità penitenziaria
- Allegato 11 – Tariffe prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale
- Allegato 12 – Attività di controllo e tempi di attesa
- Allegato 13 – Indici di offerta – Negoziazione
- Allegato 14 – Cronicità e CReG
- Allegato 15 – Attività di tipo sub-acuto
- Allegato 16 – Indirizzi di programmazione socio sanitaria
- Allegato 17 – Gli interventi socio sanitari a sostegno della famiglia

Preso atto, altresì,

- della preventiva informazione alla Consulta della Sanità effettuata in data 29 novembre 2010;
- della preventiva informazione ai Tavoli permanenti di consultazione: dei soggetti del Terzo Settore, degli Enti Locali e delle Organizzazioni Sindacali integrato con gli Ordini professionali maggiormente rappresentativi, della Conferenza delle Associazioni rappresentative degli Enti Gestori delle unità d'offerta sociali e sociosanitarie, delle Aziende di Servizi alla Persona, e delle Aziende Sanitarie Locali (Direttori Generali e Direttori Sociali) effettuata in data 26 novembre 2010;

Valutate ed assunte come proprie le predette determinazioni;

A voti unanimi, espressi nelle forme di legge,

DELIBERA

per le motivazioni indicate in premessa e qui integralmente richiamate:

1. di definire le «Regole di gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'anno 2011» e di approvare a tal fine i seguenti allegati, parti integranti del presente provvedimento:

- Allegato 1 – Indirizzi di programmazione
- Allegato 2 – Il quadro del sistema per l'anno 2011
- Allegato 3 – Gli acquisti delle Aziende Sanitarie: linee di indirizzo
- Allegato 4 – Piani e programmi di sviluppo
- Allegato 5 – Le attività di prevenzione mediche e veterinarie delle ASL
- Allegato 6 – Organizzazione, personale dipendente, medicina convenzionata territoriale, direzione strategica aziendale
- Allegato 7 – Sistema Informativo Socio Sanitario
- Allegato 8 – Farmaceutica e protesica
- Allegato 9 – Psichiatria e NPIA
- Allegato 10 – Sanità penitenziaria
- Allegato 11 – Tariffe prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale
- Allegato 12 – Attività di controllo e tempi di attesa
- Allegato 13 – Indici di offerta – Negoziazione
- Allegato 14 – Cronicità e CReG
- Allegato 15 – Attività di tipo sub-acuto
- Allegato 16 – Indirizzi di programmazione socio sanitaria
- Allegato 17 – Gli interventi socio sanitari a sostegno della famiglia

2. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia e sui siti Internet delle Direzioni Generali Sanità e Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale.

Il segretario: Pilloni

Allegato 1

INDIRIZZI DI PROGRAMMAZIONE

La programmazione sanitaria regionale definisce l'organizzazione dei servizi sanitari sul territorio e individua gli obiettivi specifici di soddisfazione dei bisogni sanitari sulla base di un'analisi capace di evidenziare le principali necessità della popolazione.

La Regione, formulando indirizzi per l'organizzazione dell'offerta del Servizio Sanitario Regionale e sostenendo le aziende sanitarie nelle scelte essenziali sulla rete ospedaliera e sulla rete territoriale, svolge la sua fondamentale azione di governo.

L'esercizio di questo compito strategico, si confronta oggi con scenari economici e socio-demografici che rendono necessario il continuo miglioramento di qualità e un'azione orientata a creare sinergie e reti sul territorio, telematiche e fisiche, al fine di creare nuove opportunità. Tutto ciò deve avvenire all'interno di un cambio di prospettiva: il sistema sanitario non è solo la risposta a fondamentali diritti che producono spesa, ma può essere anche inteso come una leva dinamica di sviluppo economico, che genera occasioni di lavoro, di investimento, di ricerca e innovazione.

L'azione programmatica si ispira a una serie di principi guida: la centralità della persona e della famiglia, la sussidiarietà, l'accreditamento, la libertà di scelta, l'attenzione all'appropriatezza e alla qualità, la responsabilità e l'innovazione, l'apertura ad esperienze internazionali.

Gli indirizzi di programmazione sanitaria di Regione Lombardia, nel tradurre in azione i principi ispiratori del buon governo e nell'esigenza di confrontarsi con gli attuali scenari socio-economici, definiscono la strategia di sviluppo del Sistema sanitario regionale che si articola in queste principali direttrici:

– accompagnare e orientare l'evoluzione di quelle istituzioni che esercitano il loro ruolo a contatto con i bisogni dei cittadini, promuovendo anche azioni di decentramento dei servizi

amministrativi collegati alle attività sanitarie con l'obiettivo di semplificare ed agevolare l'accesso in fasce orarie estese o in ambiti diversificati (Uffici comunali, farmacie, ambulatori specialistici, Unità di Cure Primarie complesse, ecc., ecc.);

- l'opportunità di sperimentare iniziative migliorative di prestazioni ambulatoriali di complessità medio-bassa a domicilio a soggetti con problemi di mobilità, garantendo la completa qualità delle prestazioni e al di là del semplice prelievo;

- la necessità di estendere le attività sanitarie e l'accesso alle prestazioni ambulatoriali con orari prolungati e diversificati in grado di incontrare le necessità delle famiglie e i bisogni dei cittadini. A questo proposito, visto il positivo riscontro ottenuto dalla sperimentazione attivata dall'ASL Milano di apertura del servizio di pediatria anche nelle ore serali e nel fine settimana, si intende estendere nel corso del 2011 tale esperienza su tutto il territorio regionale. Su questi punti (semplificazione servizio pediatria e prestazioni domiciliari) le ASL predisporranno la programmazione delle attività in un apposito capitolo del documento di programmazione e coordinamento dei servizi socio-sanitari previo confronto con gli erogatori pubblici e privati accreditati;

- rafforzare il ruolo di controllo strategico e di valutazione del servizio da parte della Regione;

- favorire e sostenere la libera iniziativa e la sperimentazione;

- promuovere il riequilibrio ospedale-territorio (nell'assistenza e nei costi);

- promuovere la messa in rete dei servizi;

- favorire la creazione di maggiori sinergie tra i diversi operatori della sanità e delle comunità ;

- favorire l'integrazione socio-sanitaria degli interventi;

- dare impulso alla ricerca e allo sviluppo sostenibile accompagnati da un'azione di coordinamento, implementazione e divulgazione dei risultati ottenuti.

I principi guida della programmazione sanitaria regionale, sono ripresi e ulteriormente declinati nella proposta di Piano socio-sanitario della IX legislatura che, in quanto strumento integrato di programmazione delle attività da erogare nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza, si inserisce in un contesto ampio e in evoluzione che riguarda sia l'impianto organizzativo, che i modelli assistenziali e il riparto delle risorse.

In continuità con gli indirizzi programmatici degli anni precedenti, si ribadisce il ruolo centrale delle Aziende Sanitarie Locali nell'analisi del proprio contesto territoriale, in special modo sotto il profilo del fabbisogno sanitario e socio-sanitario, e conseguentemente, nella programmazione degli interventi per esercitare appieno la funzione di tutela della salute dei cittadini.

Le ASL, come già svolto negli anni precedenti, dovranno predisporre e presentare, entro il 31 gennaio 2011 alla Conferenza dei Sindaci il Documento di Programmazione e coordinamento dei servizi sanitari e sociosanitari. Lo stesso dovrà essere adottato con idoneo atto aziendale e trasmesso entro il 1° febbraio 2011 alla D.G. Sanità e alla D.G. Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale.

Nel Documento di Programmazione e coordinamento dei servizi sanitari e sociosanitari dovranno essere indicati:

- il quadro del contesto: attraverso indicatori epidemiologici (dati demografici, di mortalità generale e prevedibile, prevalenza patologie da BDA e incidenza di neoplasie da registri tumori, dati di rilievo nel settore veterinario) e della situazione economica e socio-culturale (attività economiche ed insediamenti produttivi, stili e abitudini di vita, adesione alle pratiche preventive quali screening e vaccinazioni);
- gli indicatori di domanda sanitaria (consumi in termini di tassi di ricovero, valorizzazione pro-capite, tempi di attesa, mobilità passiva, consumi per specifici percorsi diagnostico-terapeutici) e di offerta (presidi, posti letto, ambulatori, branche specialistiche, dotazioni tecnologiche, volumi e valorizzazione delle prestazioni rese, saturazione, attrazione, *casemix*).

A fronte di detto quadro saranno indicati:

- gli interventi di promozione della salute e di prevenzione anche nel settore veterinario che si intendono attuare a fronte delle priorità individuate e della graduazione del rischio delle strutture/attività economiche da sottoporre a vigilanza e controllo;
- le linee di indirizzo dell'assistenza sanitaria e cure primarie con particolare riguardo ai progetti che si intendono implementare in collaborazione con i MMG e PLS;
- gli interventi relativi all'acquisto di prestazioni specialistiche, volte a migliorarne appropriatezza e qualità .

Devono essere, altresì, indicate modalità e strumenti di valutazione e monitoraggio degli interventi e progetti indicati, con particolare riguardo ai risultati perseguiti/raggiunti in termini di guadagno di salute.

Per ciascuna area si farà riferimento anche a quanto indicato negli allegati seguenti, ove sono ulteriormente delineate linee di indirizzo ed obiettivi strategici da perseguire.

Per quanto riguarda gli indicatori del sistema sociosanitario, gli stessi devono tener conto della programmazione regionale così come definita dai provvedimenti assunti.

Nell'ambito delle loro funzioni, le ASL, attraverso la Direzione Sociale, sono altresì responsabili delle attività di verifica e controllo dello stato di attuazione dei Piani di Zona e di rispondenza agli stessi obiettivi definiti dalla Regione.

Ai fini dell'integrazione sociosanitaria si evidenzia la rilevanza quale punto di snodo, sia a livello programmatico che gestionale, dell'ufficio di supporto all'attività del Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci e delle Assemblee Distrettuali previsto dalla l.r. 3/2008. Le ASL, pertanto, dovranno rendere operativo tale ufficio, in particolare per porre attenzione all'effettiva integrazione della programmazione locale con quella della ASL ed ai relativi processi che interessano le reti sociali e sociosanitarie a favore dei cittadini in condizioni di fragilità.

Nell'ottica dell'integrazione e coordinamento con gli enti Locali, il documento sarà sottoposto agli Organi di rappresentanza – Conferenza dei Sindaci e Comitato di rappresentanza – al fine di condividere l'analisi di contesto e le soluzioni proposte.

L'attività e le azioni previste nel documento sopra descritto sono ovviamente vincolate alle risorse disponibili ed alla destinazione delle stesse, in coerenza con il bilancio aziendale di previsione per il 2011.

Codice Etico Comportamentale

Il D.D.G. Sanità n. 2298 dell'11 marzo 2010 ha approvato l'aggiornamento delle linee guida regionali per l'adozione del Codice etico e dei modelli di organizzazione e controllo delle Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliere. Nel corso del 2011, le Aziende Sanitarie, nell'ambito dell'attuazione del proprio Codice Etico – Comportamentale all'intera struttura aziendale, proseguiranno le attività di monitoraggio e aggiornamento previste dalle linee guida regionali aggiornate, anche al fine di una corretta ottimizzazione e integrazione aziendale, con ricadute in termini di miglioramento della gestione complessiva e riduzione dei costi. In particolare dovrà essere svolta l'attività di aggiornamento ordinario e straordinario dell'analisi dei rischi, l'adozione delle eventuali azioni correttive, il monitoraggio dell'attività dei Comitati di Valutazione, l'eventuale aggiornamento/ampliamento delle linee identificative dei compiti e delle responsabilità.

Programmazione in ambito socio-sanitario

La legge regionale n. 3/08, prevedendo che l'accordo di programma sia sottoscritto dai Comuni e dalla ASL, assegna a questi enti non solo la responsabilità circa l'attuazione delle azioni

previste nel Piano di Zona, ma fornisce loro lo strumento regolatore di diversi rapporti di collaborazione, anche nel settore sociosanitario.

L'ASL nell'ambito della programmazione locale è chiamata, attraverso la sottoscrizione dell'Accordo di Programma, a rispondere in modo integrato a temi quali l'accesso ai servizi e l'integrazione tra politiche sociosanitarie e sociali.

Si individuano i seguenti obiettivi:

- Coordinare e collaborare all'attuazione dei Piani di Zona affinché sia assicurata la coerenza tra obiettivi regionali e obiettivi della programmazione locale.
- Verificare e controllare lo stato di attuazione dei Piani di Zona anche attraverso i monitoraggi regionali.
- Realizzare gli impegni assunti con l'Accordo di Programma sottoscritto per l'attuazione del Piano di Zona in tema di integrazione sociosanitaria.
- Favorire, in stretto raccordo con i Comuni, l'accesso del cittadino alla rete delle Unità di offerta sociosanitarie e sociali.
- Favorire il coinvolgimento del Terzo Settore sin dalla fase di programmazione in modo complementare ed integrato con l'area sociale.
- Promuovere la rete territoriale per la conciliazione famiglia-lavoro.

Si individuano le seguenti azioni a carico delle A.S.L.:

- Promozione di incontri con i soggetti sottoscrittori degli Accordi di Programma, finalizzati alla verifica dell'attuazione di Piani di Zona in linea con gli obiettivi regionali.
- Monitoraggio degli interventi e delle azioni programmate nei Piani di Zona, verifica della capacità di spesa e dell'effettivo utilizzo dei Fondi assegnati da Regione Lombardia agli ambiti.
- Definizione, in raccordo con i Comuni, di protocolli operativi per la regolazione delle rispettive competenze e per le modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie da parte dell'ASL all'interno delle funzioni di competenza degli Enti Locali, almeno per le aree di maggior criticità, quali ad esempio:

gli interventi di continuità assistenziale, il raccordo tra titoli sociali e titoli sociosanitari e in generale gli interventi di tipo domiciliare, quelli a sostegno della genitorialità e la tutela minori.

- Definizione, in raccordo con i Comuni, di protocolli operativi finalizzati a facilitare l'accesso alla rete delle Unità di offerta sociosanitarie e sociali che prevedano:
- modelli organizzativi: sportelli unici, organizzazione degli orari funzionali al cittadino;

- strategie di collaborazione finalizzate allo snellimento delle procedure e semplificazione dei percorsi per il cittadino;
- forme di comunicazione ed informazione rivolte al cittadino che lo facilitino nella ricerca di risposte adeguate ai propri bisogni;
- modalità operative per la segnalazione delle situazioni complesse al servizio competente del comune/ASL e alle Unità di offerta.
- Promozione dell'adesione del Terzo Settore all'Accordo di Programma per il Piano di Zona e ad accordi mirati tra i Comuni che valorizzino sempre di più l'apporto e la partecipazione dei soggetti del privato sociale nelle politiche a sostegno della famiglia.
- Sottoscrizione dell'accordo territoriale tra soggetti pubblici e privati per la conciliazione famiglia-lavoro, coordinamento del complesso degli interventi attuati sul territorio

Ogni azione sarà preventivamente verificata dal Consiglio di rappresentanza dei Sindaci e dalle Assemblee di Distretto e sottoposta ai tavoli di partecipazione.

Allegato 2

IL QUADRO DEL SISTEMA PER L'ANNO 2011

In data 3 dicembre 2009 è stato siglato tra Stato e Regioni il «Nuovo Patto per la Salute per gli anni 2010-2012». Tale documento riafferma il principio di una programmazione economico/finanziaria della spesa sanitaria coerente con il raggiungimento degli obiettivi di finanza pubblica.

In relazione ai contenuti del Patto sottoscritto le risorse disponibili per l'anno 2011, a normativa vigente, a livello nazionale sono stimabili in circa 107,1 miliardi di euro e le regole per l'accesso alle risorse stesse sono confermate in quelle contenute nell'Intesa del 23 marzo 2005 e s.m.i.. Tale stima tiene conto di quanto disposto dalla l. 122/2010, in attesa degli ulteriori provvedimenti normativi in materia e dei provvedimenti in materia di federalismo fiscale in corso di emanazione ai sensi di quanto previsto dalla l. n. 42/2009.

Lo scenario economico finanziario di riferimento allo stato attuale è tuttavia ancora in corso di definizione per la completa attuazione di quanto previsto dal citato Patto per la Salute.

In tale contesto anche il contenuto del presente provvedimento potrà essere oggetto di integrazioni in relazione all'approvazione delle norme nazionali di attuazione del patto in corso di sottoscrizione.

Come sopra ricordato l'accesso a tali risorse da parte della Regione Lombardia, come delle altre Regioni, è condizionato al rispetto perentorio di molteplici adempimenti definiti nella normativa vigente. In particolare il disposto della legge n. 311/2004, alla luce di quanto previsto dal Patto per la Salute del 28 settembre 2006, prevede che in caso di mancato adempimento da parte delle Regioni degli obblighi previsti è precluso l'accesso alla quota di finanziamento assegnata con conseguente immediato recupero delle somme eventualmente erogate; la quota di finanziamento sottoposta alla suddetta verifica è decisamente significativa in quanto è relativa a circa il 3% del finanziamento complessivo, che per Regione Lombardia vale circa 580 milioni di euro.

I principali adempimenti, che coinvolgono tutti gli attori del Servizio Sanitario Regionale, sono richiamati nella normativa nazionale vigente, nel Patto sulla Salute 2010-2012 nonché nella l. 122/2010.

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

In tale ottica la Giunta regionale in sede di determinazione degli obiettivi dei Direttori Generali trasmetterà ai Presidenti delle Fondazioni IRCCS gli indirizzi relativi ai Direttori delle stesse.

Le risorse nazionali del 2011 saranno oggetto di riparto fra le regioni e quindi il presente atto programma gli interventi sulla base di stime in attesa della formalizzazione dei documenti di riparto tra regioni per l'anno 2011.

Tenendo conto di queste premesse, le risorse sopra previste e destinate al finanziamento del servizio sanitario regionale sono riferite per 17.187 milioni di euro circa al finanziamento indistinto comprensivo delle risorse destinate al riconoscimento delle prestazioni per cittadini di altre regioni e della stima, sulla base dei dati storici, del finanziamento per obiettivi del Piano sanitario e per spese vincolate.

Le risorse sopra definite saranno utilizzate dal Servizio Sanitario Regionale per soddisfare i bisogni sanitari dei cittadini lombardi che necessitano di assistenza nel territorio della Regione, nelle altre regioni italiane e all'estero sulla base delle normative regionali, nazionali, dell'unione europea e internazionali vigenti tenendo altresì conto delle prestazioni ai cittadini non residenti che vengono rimborsate dalle regioni competenti.

Nella seguente tabella sono individuati i finanziamenti per i diversi livelli di assistenza che per i punti 1, 2 e 3 devono essere rispettivamente del 5,5%, fino al 51% e fino al 43,5%:

Livello Essenziale di Assistenza Risorse Incidenza disponibili programmata

1 - Assistenza sanitaria collettiva 918 5,50% in ambiente di vita e di lavoro

2 - Assistenza distrettuale 8.514 fino al 51,00%

3 - Assistenza ospedaliera 7.262 fino al 43,50%

TOTALE 16.694 100,00%

Saldo di mobilità attiva per cittadini fuori regione

TOTALE COMPLESSIVO 17.187

FONTI DI FINANZIAMENTO DEL SISTEMA

Regione Lombardia procede, anzitutto, ad accantonare le risorse da destinare con successivi provvedimenti al finanziamento di spese accentrate regionali e di altre voci di spesa specifiche che non attengono al finanziamento dei costi standard per ASL:

– fino a 61 milioni di euro per far fronte alle spese dirette regionali sostenute per conto del SSR;

– fino a 80 milioni di euro per la remunerazione delle prestazioni sanitarie a favore dei dimessi dagli ex OP;

– 493 milioni di euro per il pagamento dei ricoveri attivi, per cittadini non lombardi, agli erogatori situati sul territorio della Lombardia; tale importo rappresenta il saldo rispetto ai ricoveri e alle altre prestazioni passive a carico delle rispettive ASL di cittadini lombardi che usufruiscono di prestazioni al di fuori della Regione Lombardia;

– 1.577 milioni di euro da destinare all'Assistenza socio-sanitaria integrata (di cui 27 milioni a carico del bilancio regionale);

– fino a 219 milioni di euro da destinare a progetti obiettivo di reale interesse nazionale e regionale, in relazione al contenuto dell'accordo Stato Regioni dell'1 luglio 2004 e Intesa Stato Regioni 23 marzo 2005 così come reiterato dal Patto della Salute del dicembre 2009;

– fino a 206 milioni di euro quale fondo regionale, stimato sulla base dei dati storici in attesa degli specifici provvedimenti ministeriali di assegnazione, relativo alle quote di ex FSN definite vincolate (veterinaria, legge 210/92); tale fondo sarà poi assegnato alle singole aziende sanitarie attraverso specifici provvedimenti regionali;

– 71 milioni di euro quale fondo da destinare all'ARPA (Agenzia Regionale per la Protezione dell'Ambiente);

– fino a 571 milioni di euro per funzioni non tariffate;

- 188 milioni di euro per le attività di emergenza urgenza/118 di competenza dell'AREU;
- 40 milioni di euro per le attività connesse alla medicina penitenziaria trasferita al Servizio Sanitario Regionale ai sensi della normativa nazionale;
- Per quanto attiene la quota per il finanziamento dei costi standard territoriali fino a 13.708 milioni di euro ripartiti fra le ASL, anche tenendo conto dei livelli diretti di spesa e di quelli di competenza degli erogatori, della necessità di garantire l'equilibrio economico di sistema per l'esercizio 2011,

in relazione ai 3 livelli essenziali di assistenza precisando che tale importo è comprensivo dei costi di sistema e delle voci relative a:

1. funzioni non tariffate per presidio servizi territoriali, per il trattamento di pazienti anziani in area metropolitana e ad alta densità abitativa, oltre alla quota per funzioni non tariffate sopradescritte, fino a 409 milioni;
2. concorso regionale ai progetti di governo clinico e percorsi ospedale/territorio, anche con il coinvolgimento degli operatori del sistema fino a 150 milioni di euro;
3. informatizzazione sistema sanitario fino a 171 milioni di euro;
4. implementazione dei piani regionali, ricerca, ECM, formazione, prevenzione fino a 150 milioni di euro;
5. per dare attuazione agli obiettivi PSSR fino a 200 milioni di euro;
6. per screening fino a 80 milioni di euro;
7. valutazione dell'equiparazione finanziaria sui trattamenti tributari IRAP e IRES nei confronti degli erogatori pubblici rispetto agli erogatori privati quantificati per il sistema pubblico fino a 150 milioni di euro;
8. 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 150 milioni di euro;
9. contributi a favore dei soggetti privati senza fini di lucro per la realizzazione di progetti finalizzati a miglioramenti organizzativi, strutturali e tecnologici ai sensi della legge regionale 28 dicembre 2007, n. 34, fino a 15 milioni di euro, previa verifica dello stato di avanzamento dei progetti già finanziati. Ove tale verifica evidenzia che i finanziamenti già assegnati negli anni precedenti non siano erogati per almeno il 60% dell'importo complessivo, il bando 2011 non viene emanato;
10. contributi a favore dei soggetti erogatori individuati dalla legge regionale 6 agosto 2009, n. 18, fino a 14 milioni di euro.

Il finanziamento di parte corrente 2011 basato sui costi standard territoriali sarà assegnato ad ogni singola ASL con atto del Direttore Generale Sanità, sentiti il Direttore Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale e il Direttore Centrale Programmazione Integrata, tenuto fermo, anche per le ASL, l'obiettivo dell'equilibrio economico finanziario sulla base delle risorse assegnate dalla Regione e delle altre entrate aziendali.

Si stabilisce inoltre che:

- le risorse regionali disponibili per la contrattazione delle prestazioni di ricovero, fino a 5.457 milioni di euro;
- le risorse regionali disponibili per la contrattazione dell'attività ambulatoriale e di diagnostica strumentale, fino a 2.105 milioni di euro. Le risorse regionali per le attività ambulatoriali, non comprendono le attività di neuropsichiatria infantile che dovranno essere documentate attraverso i flussi informativi in essere.

In relazione ai tetti per le prestazioni di ricovero e le attività ambulatoriali e di diagnostica strumentale le sopradette determinazioni sono strettamente correlate agli andamenti rilevati nel corso dell'anno 2010. Pertanto anche in relazione alla determinazione in sede di conferenza Stato Regioni delle risorse disponibili per l'anno 2010, in applicazione da ultimo della citata l. 122/2010, si dispone, per l'anno 2010, la rideterminazione delle risorse regionali disponibili per la contrattazione delle prestazioni di ricovero fino a 5.477 milioni di euro e delle risorse regionali disponibili per la contrattazione dell'attività ambulatoriale e di diagnostica strumentale fino a 2.045 milioni di euro.

Per il 2011 in applicazione della normativa vigente, il tetto per l'assistenza farmaceutica territoriale, comprensiva sia della spesa dei farmaci erogati sulla base della disciplina convenzionale, al lordo delle quote di partecipazione alla spesa a carico degli assistiti, sia della distribuzione diretta, inclusa la distribuzione per conto e la distribuzione in dimissione ospedaliera è rideterminato in riduzione in termini percentuali, rispetto al fondo sanitario nazionale, nella misura del 13,3 per cento del finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato, comprensivo delle risorse vincolate di spettanza regionale e al netto delle somme erogate per il finanziamento di attività non rendicontate dalle Aziende sanitarie.

La spesa farmaceutica ospedaliera così come rilevata dai modelli CE, al netto della distribuzione diretta, come definita al comma 5 dell'art. 5 della legge n. 222/2007, non può superare la misura percentuale del 2,4 per cento del finanziamento.

Gli obiettivi specifici alle singole ASL e alle Aziende Ospedaliere saranno forniti contestualmente agli obiettivi economici; il tetto regionale complessivo, per la spesa farmaceutica territoriale e ospedaliera, come sopra definite, viene determinato fino a 2.660 milioni di euro.

In riferimento a quanto disposto dalla legge 30 luglio 2010 n. 122, all'articolo 11 comma 7 lettera a) che ha previsto che AIFA deve individuare, fra i medicinali attualmente a carico della spesa farmaceutica ospedaliera *«quelli che, in quanto suscettibili di uso ambulatoriale o domiciliare, dovranno essere erogati.... attraverso l'assistenza farmaceutica territoriale.... con oneri a carico della relativa spesa, per un importo su base annua pari a 600 milioni di euro»*, sarà competenza della Direzione Generale Sanità dare indicazioni in merito tenuto conto che è confermato sia il tetto della spesa farmaceutica territoriale che ospedaliera.

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

Aziende Sanitarie Locali

Le ASL, ai sensi delle norme vigenti e nell'ambito del quadro di risorse delineato con il presente provvedimento e con gli atti applicativi conseguenti, sono tenute a garantire l'erogazione

dei livelli essenziali di assistenza per i propri cittadini. Al fine di garantire tali livelli di assistenza saranno finanziate attraverso il perfezionamento della sperimentazione di costi standard territoriali che a partire dalle serie storiche consentano alle ASL di migliorare l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza sul proprio territorio e quindi su tutto il territorio regionale.

Per rispettare la coerenza e la competenza dei costi le ASL disporranno precisi indirizzi agli erogatori, pubblici e privati, per la verifica, sulle documentazioni di ricovero e/o delle altre prestazioni, della situazione degli assistiti segnalando separatamente i cittadini residenti e quelli domiciliati nonché quelli stranieri appartenenti alla UE o extracomunitari, al fine di individuare correttamente quali di questi ultimi rientrano nella casistica prevista dalle norme vigenti ai fini del rimborso da parte delle Prefetture.

Con particolare riferimento alle prestazioni erogate ai cittadini stranieri oggetto di rimborso da parte delle Prefetture, le ASL sono tenute ad attivare controlli e verifiche al fine di monitorare la corretta fatturazione di tali prestazioni da parte degli erogatori nonché il recupero delle anticipazioni di cassa effettuate.

Di tali procedure le ASL sono tenute ad informare i competenti uffici della Direzione Generale Sanità attraverso la documentazione a corredo della certificazione trimestrale.

Considerato che dall'anno 2007 l'assistenza ai cittadini U.E. è regolata in sede di riparto delle risorse nazionali le ASL e le strutture che erogano prestazioni sono direttamente responsabili della correttezza dei dati inseriti nel flusso informativo specifico.

Nel caso di mancato riconoscimento da parte delle Amministrazioni centrali per carenze di dati le prestazioni non saranno rimborsate.

In continuazione con gli anni precedenti si precisa che le risorse per attività sanitarie che, basandosi sulle valutazioni delle attività svolte negli ultimi anni si possono considerare ormai «attività di sistema» (es. vaccinazioni, screening) da garantire in modo omogeneo su tutto il territorio regionale saranno comprese nel finanziamento definito attraverso i sopra richiamati costi standard territoriali.

Anche per il 2011 le ASL saranno misurate anche in relazione al rispetto dei criteri di appropriatezza e al contenimento dei costi con riferimento all'andamento delle prestazioni sanitarie usufruite dai loro cittadini in altre regioni italiane (mobilità passiva extraregionale in compensazione e non in compensazione) nonché all'estero (mobilità internazionale).

Aziende Ospedaliere e Fondazioni

L'obiettivo economico delle A.O. e Fondazioni consiste nel mantenimento/miglioramento dell'equilibrio economico finanziario basato sulla valutazione delle attività rese e sulla puntuale quantificazione dei ricavi aziendali, che dovranno tenere conto, anche in sede di previsione, delle variazioni connesse a lavori di ristrutturazione e messa a norma, in corso o programmati..

In tal modo si sottolinea la responsabilità gestionale affidata ai Direttori Generali che sono tenuti a perseguire obiettivi di equilibrio, non solo di breve periodo, ma anche strutturale delle loro aziende.

Il sistema di regole consente alle A.O. e Fondazioni IRCCS di definire a preventivo le voci di ricavo (ricoveri, specialistica, psichiatria, file F ecc.) che, sommate alle ulteriori quote di contributo finanziate dal sistema e vincolate a specifiche attività (funzioni per servizi non tariffati), e le entrate proprie, rappresentano il monte di risorse disponibili per il funzionamento delle attività .

Per le aziende ospedaliere e Fondazioni interessate dalle maggiorazioni tariffarie previste dalla l.r. 7/2010 i dati di bilancio e relative note e relazioni dovranno essere predisposti secondo i criteri adottati dalla D.G.R. n. 9/350/2010 e conseguente circolare attuativa in occasione del Bilancio di esercizio.

Lo sviluppo dei costi conseguenti, nel rispetto delle normative vigenti e delle linee guida in materia contabile che qui si richiamano integralmente e in particolare nel rispetto del principio della competenza economica, resta affidato all'autonomia aziendale, ovviamente nell'ambito dell'equilibrio fra le varie voci (personale, beni e servizi, ecc.) che necessitano di verifica e

confronto a livello di sistema attraverso l'attivazione di attività di *benchmarking* e nel rispetto dei parametri percentuali che verranno determinati con decreto della Direzione Generale Sanità che tengono conto anche delle medie ponderate regionali.

In relazione ai costi del personale si richiama l'attenzione degli uffici competenti delle aziende sanitarie e delle Direzioni aziendali a quanto definito dalla l. 122/2010, anche in relazione a quanto specificato negli altri allegati al presente provvedimento.

Nel quadro sopradescritto la responsabilità gestionale diretta dei Direttori Generali sulla crescita dei costi assume, quindi, una sempre maggiore rilevanza anche in relazione a possibili finanziamenti di posti di specializzazione necessari per la continuità dei servizi, da definire previa validazione della Direzione Generale Sanità .

Azienda Regionale Emergenza Urgenza

Per l'anno 2011 l'AREU riceverà un finanziamento con apposito decreto della Direzione Generale Sanità sentita la Direzione Centrale Programmazione Integrata della Presidenza, comprensivo sia della quota di finanziamento per funzioni da sottoporre a contrattazione con le Aziende sanitarie coinvolte nel sistema dell'emergenza e urgenza sia delle risorse per le altre attività e il proprio funzionamento.

Ai fini della predisposizione dei Bilanci di previsione dell'anno 2011 di tutte le aziende sanitarie, l'AREU procederà al perfezionamento delle specifiche convenzioni di servizio con le Aziende sanitarie interessate nelle quali saranno determinate le risorse riconosciute per l'erogazione dei servizi di emergenza e urgenza.

Le aziende sanitarie interessate dovranno allegare al proprio Bilancio preventivo 2011 specifica dichiarazione dell'AREU che certifica l'importo riconosciuto quale ricavo per il 2011 a seguito della stipula della convenzione sopraccitata.

Per il 2011 AREU continuerà l'attività di Trasporto Organi e Tessuti già presa in carico nel corso dell'esercizio 2010.

In attuazione del disposto della D.G.R. n. 10804/2009 e della D.G.R. n. 6994/2008 (punto 7 lettere J e K del deliberato), a partire dal Bilancio 2011 l'AREU completerà il passaggio di funzioni in materia di C.R.C.C. in raccordo con l'Azienda sanitaria ad oggi coinvolta e con la Direzione Generale Sanità . Le relative risorse saranno assegnate con decreto della Direzione Generale Sanità all'Areu previa riduzione delle assegnazioni all'Azienda sanitaria interessata.

ARPA

Il 5 agosto 2010 è stata stipulata tra ARPA e Direzione Generale Sanità la convenzione unica, valida per l'anno 2010, per la regolamentazione dei rapporti tra ASL e i Dipartimenti territoriali ARPA.

Sulla base di tale convenzione per l'anno 2011 la Direzione Generale Sanità e ARPA dovranno procedere a nuovo accordo entro il 31 gennaio 2011 che tenga conto della revisione in atto dei programmi di verifica della qualità delle acque destinate al consumo umano condotti dalle ASL e del progetto di riorganizzazione dei laboratori di prevenzione delle stesse ASL, nonché del progetto di riorganizzazione della rete dei laboratori regionale di ARPA.

Certificabilità dei Bilanci delle Aziende Sanitarie

In relazione a quanto definito da ultimo nel Patto sulla Salute del 3 dicembre 2009 all'articolo 11 le Regioni si sono impegnate a garantire l'accertamento della qualità delle procedure amministrativo contabili sottostanti alla corretta contabilizzazione dei fatti aziendali, nonché la qualità dei dati contabili.

È in fase di emanazione il primo decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze in merito alla valutazione straordinaria dello stato delle procedure amministrativo contabili.

Il decreto prevede che per la nostra regione entro il 30 giugno 2011 sia svolta secondo la metodologia prevista la valutazione straordinaria dello stato delle procedure amministrativo contabili.

In estrema sintesi, specificando che saranno fornite tutte le puntuali indicazioni con note e provvedimenti della Direzione Generale Sanità non appena il Decreto sarà adottato in via definitiva, sono previste quattro fasi:

FASE 1: ricognizione delle procedure amministrative contabili presso ciascuna Azienda pubblica del SSR;

FASE 2: valutazione straordinaria delle risultanze contabili aziendali per l'anno 2009;

FASE 3: ricognizione a livello regionale delle procedure amministrativo contabili del SSR;

FASE 4: valutazione straordinaria delle risultanze contabili regionali.

Il percorso avviato costituisce il primo passo verso la certificabilità dei Bilanci che è impegno condiviso tra Stato e Regioni nell'ambito del Patto sulla Salute.

Sono infatti in corso e si concluderanno a breve, anche in relazione a quanto previsto dai decreti di attuazione del Federalismo fiscale, i lavori per dotare il livello nazionale di un quadro

di principi contabili e regole idoneo a supportare l'effettiva certificabilità del Bilanci delle Aziende sanitarie e della Regione.

In tale contesto le Aziende, con particolare riferimento alle Direzioni Generali e alle Direzioni Amministrative, dovranno attivare tutte le risorse necessarie al fine di consentire alla Regione Lombardia di assolvere agli obblighi assunti in sede di Patto sulla Salute e agli adempimenti previsti sul Tavolo di Verifica degli adempimenti costituito ai sensi dell'art. 12 dell'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005.

Indicatori di Bilancio

Dall'esercizio 2011 in concomitanza con l'avvio del nuovo mandato dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie sarà attivato un sistema di monitoraggio basato su un primo set di indicatori di tipo gestionale e patrimoniale che consentano di valutare in modo più oggettivo l'aderenza delle dinamiche aziendali alla programmazione e agli indirizzi regionali emanati nel quadro di regole sopra evidenziato.

Con specifico decreto della Direzione Generale Sanità , partendo dalla valutazione degli indicatori in sede di bilancio di esercizio 2010, saranno definiti puntualmente i criteri di calcolo degli indicatori, le modalità di monitoraggio e i risultati attesi in termini di miglioramento degli indici che concorreranno a definire le assegnazioni finali delle risorse.

INDICATORI PER AZIENDE OSPEDALIERE

Indicatori economici-gestionali:

Costi del personale/ricavi della gestione caratteristica;

Costi per beni e servizi/ricavi della gestione caratteristica;

Costi caratteristici/ricavi della gestione caratteristica;

Costi caratteristici/totale costi al netto ammortamenti sterilizzati;

Indicatori patrimoniali:

Grado di indebitamento corrente: Passivo corrente/Totale Passività ;

Cespiti per addetto: (Attivo Fisso - Immobilizzazioni finanziarie)/ N. Addetti;

Durata media dei crediti verso clienti: Crediti verso clienti/ricavi della gestione caratteristica * 365;

Durata media dei debiti verso fornitori: $\text{Debiti verso fornitori} / \text{acquisti} * 365$;

INDICATORI ASL

Indicatori economici-gestionali:

Costi del personale/cittadino assistito;

Costi per beni e servizi/cittadino assistito;

Costi di assistenza protesica/cittadino assistito;

Costi per assistenza sanitaria fuori regione/cittadino assistito;

Costi per assistenza sanitaria all'estero/cittadino assistito;

Percentuale farmaci generici;

Costi per assistenza farmaceutica territoriale/cittadino assistito;

Indicatori patrimoniali:

Grado di indebitamento corrente: $\text{Passivo corrente} / \text{Totale Passività}$;

Durata media dei crediti verso clienti: $\text{Crediti verso clienti} / \text{ricavi della gestione caratteristica} * 365$;

Durata media dei debiti verso fornitori: $\text{Debiti verso fornitori} / \text{acquisti} * 365$;

Indirizzi utili all'attuazione del comma 11 dell'art. 12 della l.r. n. 33 del 30 dicembre 2009 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità).

Per l'attuazione alla verifica straordinaria di cassa e dei valori custoditi in tesoreria nonché delle poste patrimoniali si richiama integralmente quanto già disposto dalla D.G.R. n. 10803 del 16 dicembre 2009 all'allegato 2.

Si precisa che la verifica dovrà riguardare tutte le aziende sanitarie pubbliche in occasione dei rinnovi degli incarichi di direzione a decorrere dal primo gennaio 2011, anche nel caso di conferma del Direttore Generale.

Al fine di rendere più completa la verifica patrimoniale, la stessa dovrà essere integrata con una specifica verifica dei contenziosi in esito a sinistri verificatisi in azienda precedentemente alla data della verifica straordinaria. Tale verifica dovrà contenere tutti i dati utili all'individuazione e alla quantificazione dei contenziosi nonché specificare quali azioni correttive l'azienda ha posto in essere al fine di evitare il ripetersi di tali eventi.

In aggiunta a quanto sopra, la verifica dovrà altresì mettere in evidenza l'impatto finanziario generato dagli investimenti effettuati anche al fine di consentire una valutazione sugli investimenti da effettuare.

Al fine di rendere più trasparente e chiara la verifica patrimoniale sono stati forniti indirizzi alle Aziende sanitarie per il ripiano formale delle perdite riferite a tutto il 31 dicembre 2002 attraverso la mera regolarizzazione contabile delle rimesse di cassa ricevute nel corso degli esercizi e derivanti da provvedimenti di ripiano nazionali o regionali a totale copertura delle stesse. Tali indirizzi hanno consentito altresì di superare i rilievi in merito mossi dalla Corte dei Conti.

INDICAZIONI GENERALI E REGOLE PER LA GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA

Indicazioni generali per i Bilanci preventivi

Le linee operative per il finanziamento delle aziende sanitarie per l'anno 2011 e le conseguenti previsioni economiche per la redazione del bilancio preventivo delle singole ASL, nel rispetto degli indirizzi del presente atto, saranno declinate nei successivi atti della Direzione Generale Sanità e della Direzione Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale per quanto di competenza.

In tema di ricavi da inserire nel Bilancio preventivo 2011 le aziende sanitarie dovranno porre la massima attenzione alla precisa distinzione nella classificazione delle poste di bilancio distinguendo in particolare la natura pubblica/privata delle stesse e all'interno della natura pubblica differenziare precisamente le poste provenienti da enti pubblici diversi dalla Regione Lombardia.

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

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

Nel caso di prestazioni/servizi tra aziende sanitarie pubbliche occorre che venga garantita la piena corrispondenza di importo e di competenza con i costi delle aziende interessate.

Tale presupposto è infatti essenziale per la garanzia di mantenimento dell'equilibrio economico finanziario del Sistema Sanitario Regionale.

Si richiama per tutte le aziende sanitarie quanto più sopra riportato ovvero la particolare attenzione ai dati di ricavo per prestazioni sanitarie erogate a cittadini di altre regioni italiane e ai cittadini di altre nazionalità.

Le assegnazioni alle aziende sanitarie fatte con Decreto del Direttore Generale Sanità conterranno una quota di premialità, fino allo 0,1% del Budget di costi di diretta gestione, legata alla puntuale verifica attraverso flussi informativi del rispetto di alcuni indicatori che saranno declinati all'interno dei decreti stessi; in via prioritaria gli indicatori faranno riferimento al rispetto dei tempi di pagamento (come da indirizzo del presente allegato), al rispetto della tempistica e delle modalità dei flussi informativi di cui all'allegato 13, nonché agli indicatori riferiti al personale di cui all'allegato 6.

La verifica di tali indicatori sarà condotta entro il terzo trimestre e determinerà la conferma o meno della quota di premialità. Al fine di agevolare e rendere coerente la programmazione regionale e aziendale, la quota in argomento potrà essere contabilizzata solamente a partire dal terzo trimestre, previo esito favorevole della verifica a cura della Direzione Generale Sanità

Si precisa che in considerazione del fatto che per quasi tutte le funzioni i costi possono essere definiti solo a consuntivo, nel rispetto dell'ammontare complessivo pari a 571 milioni di euro gli importi delle singole funzioni saranno meglio determinati nella deliberazione di assegnazione.

Le funzioni riferite alle attività di trapianto, neuropsichiatria, terapia intensiva, trasporto neonatale, piano sangue (allegato 4) e di formazione universitaria del personale non medico saranno nel 2010 da considerarsi a destinazione vincolata. Per quanto riguarda le funzioni di PS si rileva che il 10% dei fondi saranno destinati sulla base della riduzione dei ricoveri urgenti con un giorno di degenza nel corso del 2010 rispetto a quelli rilevati nel 2009, con la finalità di incentivare la gestione dei pazienti in fase di diagnostica differenziale in una modalità alternativa alla degenza.

Si conferma la funzione istituita nel 2009 per sostenere la complessità di gestione del file F con particolare attenzione alle principali strutture di riferimento, mentre dal 2010 per supportare le attività di cardiocirurgia pediatrica e neonatale di particolare complessità è determinata una funzione specifica i cui dettagli saranno individuati con la delibera delle funzioni relative all'anno 2010 stesso.

Anche nel 2011 verrà continuata l'equiparazione finanziaria sui trattamenti tributari IRAP e IRES nei confronti degli erogatori pubblici rispetto agli erogatori privati.

Per quanto riguarda i contributi vincolati da Regione e da Altri Enti Pubblici si precisa che tali contributi dovranno essere documentati con i relativi provvedimenti formali di assegnazione,

anche in questo caso facendo attenzione nella corretta classificazione delle poste di bilancio distinguendo la natura pubblico/privato.

I Bilanci preventivi economici anno 2011 dovranno essere approvati, in relazione ai contenuti del presente atto e delle linee di indirizzo operative conseguenti nonché degli obiettivi economici assegnati, entro il 25 gennaio 2011.

Va ricordato che il Collegio Sindacale in sede di esame dei preventivi economici e delle certificazioni trimestrali e del Bilancio di esercizio, deve rilasciare il proprio parere senza condizioni e raccomandazioni e previa formale verifica di tutti gli adempimenti previsti dalle norme nazionali e regionali.

Per l'anno 2011 tutte le Aziende sanitarie dovranno procedere all'adozione di un provvedimento che definisca e precisi, nel rispetto della normativa vigente, le modalità di trasmissione formale e sottoposizione al parere del Collegio Sindacale dei provvedimenti aziendali adottati dagli Organi Aziendali o dai Dirigenti in forza di delega.

Nel corso dell'esercizio 2011 verranno valutati in modo compiuto gli impatti economico-finanziari derivanti dagli oneri di messa a regime sia per i nuovi ospedali presso cui nel corso del 2010 si è proceduto al trasferimento delle attività sanitarie sia per i nuovi ospedali che trasferiranno le attività nel corso del 2011.

Nel caso in cui il Bilancio di esercizio possa effettivamente generare un risultato positivo, tali risorse potranno essere destinate agli investimenti per interventi di messa a norma e sicurezza, previa validazione della Direzione Generale Sanità .

Per la redazione dei Bilanci preventivi le Aziende sanitarie dovranno tenere conto che le assunzioni di personale, salvo casi eccezionali specificatamente ed espressamente autorizzati dalla Direzione Generale Sanità , devono essere attivate esclusivamente dopo l'approvazione degli specifici piani.

Nei bilanci preventivi delle Aziende Ospedaliere e delle Fondazioni IRCCS i ricavi di tutte le prestazioni sanitarie dovranno essere formalmente validati dalla ASL di riferimento territoriale tenendo conto dell'applicazione della D.G.R. 30 luglio 2008, n. 7856.

Alle Aziende sanitarie saranno forniti puntuali indirizzi operativi sulle voci di costo standard territoriale più significative (personale, spesa farmaceutica, protesica, costi per assistenza di base - MMG, PLS, MCA ecc.).

Ai sensi della normativa vigente il bilancio preventivo deve garantire l'equilibrio economico finanziario. Il Bilancio preventivo 2011, esecutivo, diviene l'obiettivo aziendale da perseguire sia in termini di risultato economico che per l'aspetto programmatico, in quanto attuativo delle linee di indirizzo definite.

Al fine di garantire l'equilibrio economico-finanziario del Sistema Sanitario Regionale il contenuto del presente provvedimento potrà essere integrato, anche nel corso dell'esercizio 2011, in relazione alla verifica degli andamenti della spesa in occasione delle chiusure trimestrali e agli esiti dei tavoli di monitoraggio nazionali sui Livelli Essenziali di Assistenza sulla spesa sanitaria, nonché dagli atti formali connessi al riparto del Fondo Sanitario Nazionale per il 2010.

Gestione finanziaria delle Aziende Sanitarie Lombarde

L'anno 2011 la gestione finanziaria sarà caratterizzata dal consolidamento del nuovo sistema informatico «G3S» quale strumento di governo dei pagamenti centralizzati (Fondo Socio Sanitario).

Ad esclusione della tempistica di invio dei flussi, che per effetto delle nuove prerogative offerte dal sistema informatico potrà essere governata secondo le modalità organizzative più confacenti all'azienda, con l'unico limite tassativo del rispetto dei pagamenti entro la scadenza delle fatture (90 giorni), rimangono al momento immutate tutte le indicazioni attualmente vigenti per la gestione dei pagamenti.

Per tale obiettivo la Direzione Generale Sanità d'intesa con la Direzione Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale e la Direzione Centrale Programmazione Integrata attiverà tutte le azioni di sensibilizzazione verso gli erogatori privati nei rapporti con i loro fornitori.

Sarà infatti considerato tra gli obiettivi del Direttore Generale il mantenimento dell'obiettivo tempi di pagamento, precisando che concorre all'ottenimento del risultato anche lo smaltimento dei debiti iniziali, che dovranno essere esauriti entro il primo quadrimestre 2011 (fatto salvo contenzioso comprovato e segnalato ai fornitori).

Si porta in evidenza che tutti i flussi informativi in materia, per dare esecuzione alla suddetta operazione, costituiscono debito informativo.

Sarà altresì considerato tra gli obiettivi del Direttore Generale il rispetto della qualità e della tempistica di inoltro dei flussi finanziari mensili e trimestrali (Budget di Cassa e schede correlate).

Con esclusivo riferimento alle Aziende Sanitarie Locali, ulteriore obiettivo del Direttore Generale concerne la tempistica di pagamento delle competenze spettanti agli Erogatori Sanitari pubblici e privati sia per quanto concerne gli acconti mensili e infrannuali sia per il pagamento dei saldi pregressi.

Rispetto alle erogazioni verso gli erogatori pubblici si sollecita una maggiore cooperazione tra ASL ed Enti pubblici di appartenenza territoriale nella gestione degli acconti mensili con particolare riguardo alle c.d. «compensazioni» dei flussi di pagamento a gestione centralizzata che devono essere effettuati a cadenza mensile.

Riguardo alle erogazioni in conto competenza verso gli erogatori privati, le rimesse devono essere assicurate ai beneficiari entro la fine di ogni mese nella misura percentuale concordata nei singoli contratti e comunque non inferiore all'85%, così come i saldi infrannuali devono essere regolati non oltre il mese successivo alla scadenze pattuite (trimestre e/o semestre). In tali erogazioni le ASL dovranno tenere conto delle maggiorazioni tariffarie previste dalla l.r. n. 7 /2010 determinato in un'entità pari all'85% del 2010 in attesa delle determinazioni di legge per il 2011.

I saldi pregressi dovranno essere interamente regolati con gli Erogatori entro e non oltre i 15 giorni successivi dall'incasso delle relative rimesse regionali (fatto salvo contenzioso comprovato).

Con riferimento al pagamento delle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture sanitarie a cittadini non lombardi (stranieri e fuori regione) si precisa che le ASL dovranno procedere con acconti commisurati in coerenza con quanto stabilito per le prestazioni per i cittadini lombardi e comunque non oltre il 95%.

Le ASL procederanno al saldo di tali importi esclusivamente dopo la validazione dei dati della mobilità da parte delle Regioni e nella misura effettivamente comunicata dai competenti

uffici regionali.

Obiettivo dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali è anche garantire il puntuale rispetto dei tempi previsti per l'erogazione degli acconti mensili e dei saldi trimestrali agli erogatori accreditati pubblici e privati ASSI, nonché della tempistica per l'invio alla Direzione Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale e Solidarietà Sociale delle rendicontazioni economico-finanziarie relative ai servizi sociosanitari integrati e di riabilitazione extraospedaliera.

Proseguirà nel 2011 il piano di superamento del contenzioso, secondo modalità che saranno successivamente definite. A tale proposito si rammenta che nel sistema «G3S» dovranno confluire tutte le fatture non pagate riferite agli anni pregressi, poiché attraverso il sistema informativo ed i flussi di budget sarà monitorato l'andamento del contenzioso in essere e di nuova formazione.

Obiettivo dei Direttori Generali sarà quello di porre in essere tutte le possibili azioni preventive finalizzate a limitare l'insorgere di cause di contestazione con i fornitori.

Limite degli investimenti autofinanziati

Nel richiamare integralmente quanto definito nella D.G.R. n. 3776/2006, nella D.G.R. n. 5237/2007 e nella D.G.R. n. 8501/2008 si precisa che anche per il 2011 il rispetto di tale limite farà parte degli obiettivi dei Direttori Generali con conseguente riflesso sulla valutazione annuale complessiva.

Al fine del rispetto degli equilibri complessivi del sistema regionale resta evidente che gli oneri economici, finanziari e di cassa (che vanno migliorati) devono trovare copertura all'interno dell'equilibrio economico finanziario dell'azienda.

Per tale motivo la priorità in tali investimenti deve essere data agli interventi per messa a norma e sicurezza.

Anche per il 2011 i limiti massimi di autofinanziamento sono stabiliti nel 1,5% per le Aziende Ospedaliere e per le Fondazioni e per lo 0,10 % per le ASL, calcolati come già definito nelle citate deliberazioni. L'utilizzo delle risorse è possibile previa presentazione alla Direzione Generale Sanità da parte delle Aziende di un piano annuale di interventi che, nel rispetto dei limiti sopra definiti, tenga conto oltre che degli impegni in termini di Stato Patrimoniale e di Conto Economico anche dei flussi di cassa connessi.

Si precisa che nel calcolo dei limiti di cui sopra dovranno essere escluse le risorse a carico di ASL e A.O. per gli interventi di edilizia sanitaria inseriti in Accordi di Programma Quadro e successivi Atti Integrativi già sottoscritti e in via di sottoscrizione con i Ministeri della Salute e dell'Economia.

Regole di ammortamento

Al fine di migliorare la performance finanziaria del Sistema Sanitario Regionale nel medio e lungo periodo si dispone che a decorrere dall'esercizio 2011 la quota di ammortamento per gli interventi su immobili è fissata al 6,5% annuo ferme restando le altre normative contabili.

Certificazioni Trimestrali

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

a fine anno, al fine di consentire un preciso monitoraggio dell'andamento della spesa sanitaria regionale e di consentire, ove necessario, interventi correttivi da parte della Regione.

Per le Aziende Ospedaliere e le Fondazioni IRCCS si richiama il vincolo inderogabile all'allineamento dei valori appostati a Bilancio in sede di monitoraggio trimestrale a quelli dei contratti stipulati con le ASL di riferimento nonché per le prestazioni extrabudget all'allineamento, come limite massimo, ai valori consolidati e validati dell'anno precedente, salvo diverso andamento delle rendicontazioni dei flussi informativi. Si richiama in proposito quanto previsto per l'invio e la rendicontazione dei flussi informativi delle prestazioni.

In relazione alla necessità di un puntuale coordinamento regionale nella gestione dell'erogazione delle prestazioni soggette a contrattazione tra le ASL e gli erogatori pubblici e privati quali ricoveri e ambulatoriale le ASL dovranno ritenere eventuali risparmi per tali voci di costo indisponibili per la copertura di altre voci di spesa, fatte salve le compatibilità di sistema.

Anche per l'anno 2011 per la spesa farmaceutica si ribadisce che eventuali risparmi dovuti ad effetti di norme nazionali o regionali sono da considerare indisponibili; mentre i risparmi derivanti dalle azioni di governo poste in essere dalle ASL potranno essere utilizzati con diversa finalità esclusivamente tramite esplicita validazione preventiva da parte della Direzione Generale Sanità dei progetti di intervento che devono necessariamente definire gli effetti economici previsti in termini aziendali e di sistema regionale.

Altre disposizioni e indirizzi di sistema

Accantonamenti personale: si precisa che per l'anno 2011 ai fini dell'accantonamento previsto dalla l. 248/2005 per le applicazioni contrattuali di tutto il personale dipendente, personale universitario e convenzionato le aziende procederanno ad accantonare, a valere sul monte salari/convenzioni del 2009, almeno la vacanza contrattuale ai sensi di quanto definito nel documento propedeutico relativo al Patto per la Salute 2010-2012 e nella l. 122/2010.

Accordi Stato Regioni: con il presente atto si dispone il recepimento di tutti gli accordi Stato Regioni in materia sanitaria e socio-sanitaria approvati nel corso dell'anno 2010 e si dà mandato alla Direzione Generale Sanità e alla Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale di promuovere i conseguenti atti ai fini della fattiva applicazione degli stessi.

Obiettivi e confermabilità dell'incarico dei Direttori Generali:

si richiama il contenuto dell'art. 3, comma 8, dell'Intesa stato regioni del 23 marzo 2005 e si ribadisce che, ai fini della confermabilità dell'incarico del Direttore Generale di ASL, Aziende Ospedaliere e Fondazioni IRCCS, il mancato rispetto dei contenuti e della tempistica dei flussi informativi ricompresi nell'NSIS.

Livelli essenziali aggiuntivi

Con la D.G.R. n. 7/7328 dell'11 dicembre 2001 e la D.G.R. n. 7/13915 dell'1 agosto 2003 in materia di assistenza farmaceutica, con la D.G.R. n. 3111 dell'1 agosto 2006 in materia di assistenza specialistica e con la D.G.R. n. 68804 del 24 maggio 1995 in materia di assistenza integrativa, Regione Lombardia ha regolamentato, ai sensi della normativa e Intese Stato regioni vigenti, l'erogazione di prestazioni di livelli essenziali aggiuntivi regionali.

Come precisato già da ultimo nella D.G.R. n. 10804/2009 le prestazioni erogate sono puntualmente verificate attraverso i flussi informativi in essere e le risorse ad essi destinate, che sono stimabili per il 2011 in circa 18 milioni di euro complessivi, non sono poste a carico delle disponibilità finanziarie per il Servizio Sanitario Nazionale e trovano copertura nell'equilibrio complessivo del Servizio Sanitario Regionale.

Ticket sulle prestazioni Ambulatoriali

Nel corso del 2009 l'impegno della Giunta e quello personale del Presidente a sostenere l'economia regionale ed i cittadini per cui sono insorte delle difficoltà economiche a causa della congiuntura economica nazionale ed internazionale sfavorevole è stato notevole. Si ritiene quindi che, con l'obiettivo di rafforzare le politiche di sostegno alle famiglie ed ai soggetti in difficoltà già in atto, anche per l'anno 2011 vengano inseriti tra gli esenti per le prestazioni di specialistica ambulatoriale anche i cittadini in cassa integrazione straordinaria ed i familiari a carico e che per loro e per i lavoratori in mobilità ed i disoccupati iscritti agli elenchi anagrafici dei centri per l'impiego ed i familiari a carico, al fine di godere dell'esenzione, non sia necessario dimostrare di possedere il criterio reddituale così come oggi previsto

dalla normativa vigente. Ci si avvarrà, per certificare lo stato di diritto all'esenzione, della stessa modalità prevista per l'esenzione rispetto al ticket per i farmaci.

Risk Management/Patient Safety

La circolare n. 46/SAN del dicembre 2004, ha posto le basi per un percorso attuativo di politiche di risk management in sanità. La D.G.R. n. 7289 del 19 maggio 2008 ha formalizzato l'istituzione della funzione di Risk Management in tutte le aziende sanitarie lombarde e dal 2010 è stata introdotta la figura del Mediatore di conflitti quale elemento cardine per il rafforzamento del rapporto di fiducia fra cittadino e struttura.

Le principali linee di intervento ad oggi perseguite attengono a: rafforzamento della funzione di risk management nei modelli organizzativi aziendali, consolidamento del rapporto struttura paziente, mappatura rischi RCT/O, formazione in tema di risk management, linee guida annuali per le aziende sanitarie, analisi e approfondimenti per il miglioramento della gestione degli eventi sentinella, raccolta e diffusione delle buone pratiche in collaborazione con Age.nas.

L'obiettivo è di consolidare gli strumenti e le sinergie fra i diversi attori coinvolti nella gestione del rischio e della sicurezza del paziente, sviluppando le condizioni di miglioramento delle prestazioni clinico assistenziali attraverso la responsabilizzazione diretta di tutti gli operatori coinvolti.

Le linee strategiche in ambito di gestione del rischio, si articolano per l'anno 2011 nel piano di azioni di seguito delineato:

– Realizzazione di progetti operativi per l'anno 2011 in coerenza con la strategia aziendale e tenuto conto della particolare sinistrosità di ogni singola azienda, con esplicito riferimento agli obiettivi internazionali per la sicurezza del paziente di **Joint Commission**:

- Identificazione corretta del paziente
- Miglioramento dell'efficacia della comunicazione
- Miglioramento della sicurezza dei farmaci ad alto rischio
- Identificazione dell'intervento chirurgico in paziente corretto, con procedura corretta, in parte del corpo corretta
- Riduzione del rischio associato alle infezioni nell'assistenza sanitaria
- Riduzione del rischio di danno al paziente in seguito a caduta
- Formazione del personale orientato al miglioramento della sicurezza dei pazienti nonché delle **Raccomandazioni Ministeriali** in materia di rischio clinico:

1. Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di cloruro di potassio – kcl – ed altre soluzioni concentrate contenenti potassio
2. Prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico
3. Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura
4. Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale
5. Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ab0
6. Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto
7. Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica
8. Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari
9. Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali

10. Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati

11. Prevenzione della morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)

12. Prevenzione degli errori in terapia con farmaci «lookalike/sound-alike» LASA

– Aggiornamento continuo del **Data Base regionale** per il monitoraggio della sinistrosità aziendale (RCT/O), delle polizze, nonché per la raccolta dei dati riguardanti le cadute dei pazienti e visitatori e degli infortuni accorsi agli operatori.

– Gestione degli Eventi Sentinella: segnalazione dei casi 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.

– Continuità operativa del Gruppo di Coordinamento per la Gestione del Rischio per definire ed attuare le politiche aziendali di Risk Management nonché del Comitato Valutazione Sinistri (CVS) per migliorare la gestione dei sinistri con particolare attenzione alle riforme legislative in atto in materia di conciliazione (D.LGS. 28/2010).

– Promuovere l'implementazione di processi di ascolto/mediazione all'interno dell'Azienda e assicurare l'attivazione di scambi interaziendali fra mediatori per l'operatività delle èquipe di mediatori, dando applicazione agli indirizzi operativi regionali (luglio 2010).

– Analisi a livello centrale di un'ipotesi operativa per la copertura assicurativa RCT/O che preveda un giusto mix tra auto ritenzione e trasferimento del rischio.

– Applicazione delle Linee di indirizzo regionali (luglio 2010) in occasione dell'appalto per la copertura assicurativa di RCT/O.

– Compilazione, a cadenza da definirsi, di un format che espliciti – per gli eventi avversi ritenuti significativi e verificatisi nel periodo di riferimento – una serie di informazioni, condivise con la Direzione Generale aziendale, utili a dare evidenza del livello di conoscenza e gestione del rischio e per le ricadute sulle politiche assicurative; tale format sarà quindi trasmesso alla DG Sanità .

– Organizzazione di eventi formativi aziendali specifici sulle aree di maggior criticità .

– Partecipazione dei Risk manager, responsabili CVS, Qualità e Mediatori agli eventi formativi/informativi regionali che riguarderanno principalmente:

- Mediazione dei conflitti (ASL)

- Prevenzione e gestione del rischio infezioni
- Prevenzione e gestione del rischio in ostetricia e ginecologia
- Prevenzione e gestione del rischio cadute di ospiti presso RSA
- Audit Eventi Sentinella
- Implementazione delle raccomandazioni ministeriali
- Responsabilità sanitaria
- Indicatori

Dovrà essere assicurata la partecipazione attiva ai Network trimestrali finalizzati allo scambio di esperienze e per favorire la diffusione di una cultura del rischio.

(..omississ..)

Allegato 13

INDICI DI OFFERTA – NEGOZIAZIONE

Il Patto per la Salute 2010-2012 a riguardo degli indici di posti letto per mille abitanti posti a carico del SSR, compresa la riabilitazione, stabilisce un tasso per 1000 abitanti pari a 4 posti letto complessivi comprensivi di 0,7 posti letto per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie. Assume quindi importanza prioritaria l'adeguamento ai predetti indici entro le tempistiche stabilite dal sopracitato Patto per la Salute. Per quanto riguarda le attività di riabilitazione specialistica si stabilisce che una quantità di offerta pari a circa il 5% venga trasformata in posti letto equivalenti di cura riabilitativa domiciliare.

In considerazione del sostanziale rispetto, nel corso dell'esercizio 2010, dei tempi di attesa secondo le indicazioni date dalla normativa nazionale e regionale in termini di accessibilità alle prestazioni ambulatoriali e dell'andamento quantitativo delle prestazioni che non si è discostato, nel 2010, in modo significativo rispetto al 2009, secondo le previsioni espresse nella legge 31/97 all'art. 12 comma 5-bis («*la Giunta regionale verifica annualmente, sulla base dei rapporti instaurati ai sensi del comma 5 il mantenimento degli indici programmatori di fabbisogno sanitario*»), si ritiene che anche per l'anno 2011 debba permanere la sospensione della messa a contratto di nuove attività di specialistica ambulatoriale fatte salve delle possibili eccezioni relativamente alle specialità di radioterapia (ivi compresa la fase di test di messa a regime del CNAO di Pavia), dialisi e medicina nucleare motivate e comprovate da specifiche

valutazioni clinico epidemiologiche effettuate dalle ASL, derivanti da necessità emergenti per l'insufficienza macro-territoriale di servizi.

Nel corso del 2010 la produzione di prestazioni sanitarie nell'ambito della specialistica ambulatoriale si è mantenuta su livelli elevati. Il governo appropriato di queste prestazioni resta anche per il 2011 un obiettivo prioritario per tutti gli attori del sistema coinvolti nel percorso di prescrizione ed erogazione delle attività di specialistica ambulatoriale. Le ASL sono quindi tenute a valutare come obiettivo prioritario l'andamento dei bisogni di prestazioni specialistiche con particolare attenzione all'appropriatezza delle prescrizioni.

Le ASL, inoltre, al fine di assolvere i relativi obblighi di legge riguardanti la certificazione dell'idoneità a svolgere attività sportiva agonistica da parte di minori e di soggetti disabili, possono valutare, nel contesto delle risorse disponibili, la possibilità di assegnare con specifici progetti maggiori risorse non storicizzabili, alle attività sopra indicate. Considerata la specificità di queste attività il valore contrattato dalle strutture di medicina sportiva non potrà essere oggetto di trasferimenti e di compensazioni all'interno di enti unici costituiti ai sensi della D.G.R. 7/17038 del 6 aprile 2004.

Le attività negoziali che avverranno tra le ASL ed i soggetti erogatori accreditati saranno effettuate congruentemente all'equilibrio del sistema così come individuato dalla Giunta e con il fabbisogno di servizi sanitari espresso dai cittadini lombardi.

La definizione del budget per l'anno 2011 degli erogatori di prestazioni sanitarie sul territorio lombardo con caratteristiche di ente pubblico di diritto internazionale che abbia stipulato accordi con il Governo della Repubblica Italiana rimane in capo alla Direzione Generale Sanità della Regione Lombardia. La quota stabilita sarà ratificata nel contratto integrativo sottoscritto tra l'ente e la ASL, con relativo finanziamento, e farà parte del complesso delle obbligazioni in capo alla ASL territorialmente competente.

Le attività negoziali di cui al presente allegato ed il loro relativo monitoraggio periodico, già intrapreso a decorrere dall'esercizio 2003 e che continuerà nel 2011, rappresentano, in modo adeguato alle diversificate necessità territoriali, la programmazione annuale delle attività di ricovero e cura e di specialistica ambulatoriale, così come previsto all'art. 19, comma 7, della legge regionale 33/09.

Si conferma quindi che, per l'anno 2011, il contenuto del contratto oggi in essere tra le ASL ed i soggetti erogatori sia determinato attraverso la negoziazione delle valorizzazioni per le attività di ricovero e cura e di specialistica ambulatoriale erogate a favore di residenti in Regione Lombardia.

Per gli erogatori che non sottoscriveranno il contratto integrativo riportante le nuove condizioni discendenti dalla presente delibera e successive indicazioni della Direzione Generale Sanità e

che non si saranno avvalsi della facoltà di recesso di cui all'ultimo comma dell'art. 11 del contratto tipo, si verrà a determinare l'impossibilità giuridica di erogare l'assistenza ospedaliera e di specialistica ambulatoriale a carico del servizio sanitario regionale.

Per ogni ASL, la contrattazione riguarderà tutta la produzione erogata a favore di pazienti lombardi dalle strutture ubicate nel territorio di propria competenza, e non solo, quindi, la quota relativa ai consumi dei propri residenti.

Le tariffe da utilizzare per valorizzare le prestazioni e misurare quindi il progressivo raggiungimento dei livelli economici contrattati, saranno esclusivamente quelle deliberate dalla Giunta.

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

Le previsioni di cui all'art. 1 comma 796 lettera O della legge n. 296/06 troveranno applicazione nel 2011 in Regione Lombardia, così come già stabilito al punto del 3 deliberato della D.G.R. 8/4239 del 28 febbraio 2007, prevedendo uno sconto del 18% per le prestazioni specialistiche afferenti alla branca laboratorio analisi e del 2% sulle prestazioni ambulatoriali afferenti alle altre branche specialistiche per gli erogatori di diritto privato. Al riguardo, ad integrazione di quanto già previsto dalla D.G.R. 8/10077 del 7 agosto 2009, si conferma che per tutta la specialistica ambulatoriale erogata da soggetti di diritto privato, gli sconti previsti dalla legge n. 296/06 non siano applicati al di sopra della soglia del 97% oltre la quale, quindi, varranno solo le regressioni tariffarie previste nel contratto.

Tenuto conto che le risorse assegnate alle ASL riguardano le quote relative ai consumi sanitari dei propri residenti anche per le prestazioni usufruite extra-regione (mobilità passiva), mentre le risorse assegnate alle strutture erogatrici lombarde riguardano le prestazioni erogate per i cittadini lombardi, ciascuna ASL dovrà monitorare trimestralmente la quota necessaria al pagamento delle prestazioni erogate extra-regione (mobilità passiva) e comunicarle immediatamente alla Direzione Generale Sanità .

È obiettivo specifico dei Direttori Generali delle ASL il governo della mobilità passiva (extra - regione) che deve tendere a una riduzione progressiva.

Per le strutture che potranno essere messe a contratto nel corso del 2011, che hanno iniziato le attività nel corso del 2010 o potranno riattivare nel corso del 2011 attività già accreditate e a contratto sospese temporaneamente, ad esempio per lavori di adeguamento strutturale, le ASL terranno in considerazione, come riferimento per la proiezione annuale, le attività erogate in frazione di anno e, in seconda istanza, in mancanza di dati parziali, applicheranno il valore

standard regionale rilevato per le medesime attività , di ricovero piuttosto che di specialistica ambulatoriale, erogate nel corso del 2010.

Non saranno comprese nella quota di risorse assegnate alle strutture erogatrici, in quanto saranno remunerate a consuntivo sulla base di quanto effettivamente erogato, fatte salve le valutazioni di tipo clinico – epidemiologico e di appropriatezza che dovranno essere effettuate entro il 31 luglio 2011:

1. in regime di specialistica ambulatoriale:

a. le prestazioni di dialisi e di radioterapia già individuate con la D.G.R. 7/19688 del 3 dicembre 2004 e con la D.G.R. 8/3776 del 13 dicembre 2006;

b. la mammografia mono e bilaterale (codici del nomenclatore di specialistica ambulatoriale 87371, 87372), l'ecografia mammaria mono e bilaterale (codici del nomenclatore di specialistica ambulatoriale 88731, 88732) e di alcune diagnostiche endoscopiche dell'apparato gastroenterico (codice del nomenclatore di specialistica ambulatoriale 4523, 45231, 4525, 4524, 4824, 4542), essenziali per la diagnosi precoce di patologie oncologiche frequenti quali il tumore al seno ed al colon retto; nonché con le altre prestazioni ambulatoriali riferite alle campagne di screening di 1° livello (FOBT, ricerca del sangue occulto nelle feci – 90214, Pap test – 91385, 91484) e di 2° livello (colposcopia – 7021) organizzate dalle ASL; così come definito dalla D.G.R. 8/9173 del 30 marzo 2009;

2. in regime di ricovero e cura:

– le prestazioni relative ai DRG chirurgici con diagnosi principale di Neoplasia Maligna già individuate con la D.G.R. 7/19688 del 3 dicembre 2004;

– le prestazioni relative ai DRG chirurgici con diagnosi principale di Neoplasia Benigna 225XX, 2273, 2274, 2374, 2375, 2376, 23770, 23771, 23772, 2379, 22801, 22802, 22809, 2130, 2132;

– le attività di chemioterapia effettuate in day hospital che prevedranno l'utilizzo di farmaci antineoplastici ad alto costo, così come da indicazioni regionali, avranno la remunerazione composta come segue: un rimborso, per ogni singolo accesso, finalizzato a finanziare i soli costi assistenziali, ancillari e generali di struttura, ed il rimborso del costo del farmaco che sarà rendicontato attraverso il File F. Per queste tipologie di prestazioni dovrà essere effettuata, in collaborazione con le farmacie ospedaliere e con gli oncologi medici, una stima di previsione dei consumi 2011 al fine di avere un riferimento rispetto al quale effettuare le opportune verifiche anche procedendo, se necessario, all'effettuazione di attività di audit clinico finalizzate a valutare l'appropriatezza nell'utilizzo di questi farmaci;

– i parti (DRG dal 370 al 375);

- le prestazioni relative ai dimessi da strutture con Pronto Soccorso, DEA o EAS con diagnosi principale come da allegato alla D.G.R. 8/3776 del 13 dicembre 2006. Per quanto riguarda la problematica relativa alle sindromi coronariche acute (SCA) – già evidenziata nella D.G.R. 8/404 del 26 luglio 2005 – si rileva che per le SCA NSTEMI (senza sovraslivellamento del tratto ST) sulla scheda di dimissione ospedaliera dovrà sempre essere utilizzata la codifica 4107x e che le stesse saranno considerate al di fuori dei contratti solo se entro le 24 ore dal ricovero effettueranno una procedura invasiva di angioplastica percutanea o di by-pass aorto – coronarico, ovvero se, così come evidenziato da ANMCO, si tratta di casi con grave instabilità clinica, elettrica od emodinamica per i quali il tempo di intervento è indicato in poche ore. Al fine di favorire una corretta e moderna gestione dei casi appropriati si prevede l'esecuzione di audit clinici randomizzati per tutte le strutture coinvolte; audit supplementari saranno previsti nelle strutture in cui vi sarà uno scostamento rispetto al 2010 delle diagnosi di IMA NSTEMI maggiore del 10% ed un ricorso a procedure invasive maggiore del 15%;

- le prestazioni relative a pazienti dimessi da Unità Operative di riabilitazione specialistica afferenti alla Direzione Generale Sanità che abbiano avuto in atto nel giorno della loro accettazione una sindrome post-comatosa caratterizzata da un punteggio Glasgow Coma Scale < 13, documentato dal punteggio delle singole voci, e supportata da adeguata documentazione di valutazione clinica e strumentale. Al momento della dimissione la struttura di riabilitazione, secondo le modalità indicate con la circolare della Direzione Generale Sanità 45/SAN del 23 dicembre 2004, segnalerà sulla SDO l'evidenza della condizione clinica di sindrome post-comatosa;

- le prestazioni relative a pazienti dimessi da Unità Operative di riabilitazione specialistica che abbiano avuto in atto nel giorno della loro accettazione postumi di mielolesione traumatica, vascolare, infettiva, infiammatoria e post-chirurgica. I postumi di mielolesione devono essere caratterizzati da un livello su scala ASIA (American Spinal Injury Association) compreso tra A e C ed il quadro clinico deve essere supportato da adeguata documentazione di valutazione clinica e strumentale. Al momento della dimissione la struttura di riabilitazione, secondo le modalità indicate con la circolare della Direzione Generale Sanità 45/SAN del 23 dicembre 2004, segnalerà sulla SDO l'evidenza della condizione clinica di postumi di mielolesione traumatica, vascolare, infettiva, infiammatoria e post-chirurgica;

- fino a 3 milioni di euro complessivi su base regionale le quote relative agli accompagnatori di pazienti ricoverati presso Unità operative di cure palliative.

Al fine di garantire continuità ai servizi resi ai cittadini e di dare certezze contrattuali ai soggetti che attualmente erogano servizi per conto del servizio sanitario regionale (si ricorda che le condizioni negoziate per il 2010 terminano con la fine dell'esercizio teso) si danno le seguenti indicazioni:

- siglare entro il 31 dicembre 2010 i contratti per l'esercizio 2011 dove si individua la valorizzazione relativa alle attività di ricovero e cura indicando un valore pari ai 3/12 di quanto negoziato tra ASL ed Erogatore per l'anno 2010; nell'articolo dove si individua la valorizzazione relativa alle attività di specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale, di psichiatria e di ricovero e cura indicare un valore pari ai 3/12 di quanto negoziato tra ASL ed Erogatore per l'anno 2010;
- definire entro il 31 marzo 2011 l'esatta valorizzazione delle risorse disponibili su base annua e la modalità di attribuzione dell'eventuale quota aggiuntiva destinata alle attività di ricovero e di specialistica ambulatoriale definita dalle ASL sulla base dei criteri di seguito individuati.

Ciò in quanto la chiusura entro il 15 febbraio 2011 dell'esercizio 2010 permetterà:

1. per le attività ambulatoriali:

- di calcolare per ogni struttura il finanziamento 2010, comprensivo della quota calcolata applicando le regole contrattuali;
- lo stesso finanziamento, al netto del valore delle attività extrabudget, portato al 95%, costituirà la quota di risorse minime pre-assegnate per il 2011;
- le ASL avranno a disposizione 2 punti percentuali delle risorse finanziate per il 2009 alle singole strutture che saranno attribuiti elusivamente sulla base di specifici progetti finalizzati principalmente a:
 - ridurre i tempi di attesa delle prestazioni soggette a monitoraggio periodico delle attese;
 - favorire l'accesso alle attività ambulatoriali per i pazienti in età pediatrica in modo da evitare il più possibile delle interferenze con le attività lavorative dei genitori; la facilitazione dell'accesso si attua prevalentemente con aperture dei servizi fino al tardo pomeriggio ed il sabato;
 - compensare squilibri territoriali di concentrazione della domanda, con conseguente produzione eccessiva oltre la soglia del 106%, rispetto ad attività , quali quelle di laboratorio analisi, per le quali non è prevista la prenotazione.

I predetti progetti dovranno essere presentati e condivisi dalle ASL con gli erogatori in sede di conferenza dei Direttori Generali della ASL, delle Aziende Ospedaliere e dei rappresentanti legali delle strutture erogatrici di cui alla D.G.R. 6/40903 del 29 dicembre 1998. Le risorse assegnate ai singoli erogatori sulla base di questi specifici progetti dovranno essere esplicitate

nel contratto integrativo e non potranno prevedere criteri di remunerazione superiori rispetto a quanto previsto all'anno precedente.

Alle valorizzazioni prodotte tra il 97% e il 103% sarà applicato un abbattimento fino al 30%, e tra il 103% e il 106% fino al 60%.

L'impegno e la possibilità di erogare prestazioni a carico del Servizio Sanitario Regionale vale fino al 106%.

La data ultima di definizione dei criteri e delle modalità di destinazione di queste risorse dovrà essere, come già detto, il 31 marzo 2011.

2. Per le attività di ricovero e cura si prevede di mantenere la quota di risorse contrattualizzata per il 2010.

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

Le quote di risorse indicate nei contratti saranno disponibili per i soggetti erogatori nella misura in cui gli stessi effettueranno prestazioni di valore corrispondente.

Per i soggetti iscritti al registro delle strutture accreditate come unico ente, afferenti alla D.G. Sanità , e che erogano sia prestazioni di ricovero e cura, sia ambulatoriali, è possibile prevedere uno spostamento di quote di risorse relative all'attività di ricovero e cura a favore delle attività ambulatoriali, nel caso in cui la struttura non raggiunga la soglia di risorse negoziata, a causa di eventi oggettivi.

La quota trasferita dovrà essere concordata con la ASL di riferimento che verificherà con la D.G. Sanità la compatibilità di sistema.

La citata variazione non potrà costituire elemento di consolidamento delle risorse assegnate per gli esercizi successivi. Non è invece possibile uno spostamento di risorse dall'attività ambulatoriale a quella di ricovero e cura, in quanto ciò , come già detto, non è compatibile con gli indirizzi programmatici della presente deliberazione.

La D.G.R. 8/4239 del 28 febbraio 2007 prevede, all'interno del percorso di riorganizzazione dei Servizi di Medicina di Laboratorio, che questi debbano eseguire in sede almeno il 25% delle prestazioni erogate per conto del SSR. Nel caso di un Unico Soggetto Gestore, pubblico o privato accreditato, di più strutture delle quali una o più non esegua direttamente almeno il 25% delle prestazioni, si può provvedere alla riorganizzazione delle proprie strutture declassando a punto prelievi una delle strutture stesse. Anche in considerazione che il declassamento di un Servizio di Medicina di Laboratorio a punto prelievi garantisce comunque l'accesso dell'utenza alle prestazioni e quindi garantisce il rispetto dell'equilibrio domanda offerta e del quadro clinico-epidemiologico.

Pertanto, al fine di favorire tale percorso di riorganizzazione, si prevede che nel caso di Ente Unico Gestore di più strutture di Servizi di Medicina di Laboratorio, ubicati in ambiti territoriali differenti, che riclassifichi un Servizio di Medicina di Laboratorio a punto prelievi, il trasferimento delle quote di budget avvenga solo con l'assenso delle ASL di ubicazione delle strutture stesse avendo la garanzia che ciò si verifichi nel rispetto dell'equilibrio domanda offerta e del quadro clinico-epidemiologico.

Si precisa che gli atti amministrativi adottati dalle ASL dovranno conformarsi alle disposizioni di cui al presente atto ai sensi dell'art. 8 comma 15 bis della legge regionale 33/2009 e successive modificazioni. Segue lo schema di contratto che dovrà essere utilizzato da tutte le ASL. Eventuali ulteriori definizioni riguardanti la appropriatezza di erogazione delle prestazioni ed il monitoraggio delle attività dovranno essere contenute in altri documenti che potranno essere allegati al presente contratto.

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

Premesso

1. che con deliberazione n. 6/47508 del 29 dicembre 1999 la Giunta Regionale ha, fra l'altro, approvato lo schema tipo di contratto tra l'ASL e i soggetti pubblici e privati erogatori di assistenza sanitaria in regime di ricovero e cura nonché ambulatoriale;

2. che l'art. 11 di tale schema tipo prevede che «in caso di emanazione di norme legislative o regolamentari regionali, nonché di adozione di provvedimenti amministrativi regionali generali

incidenti sul contenuto del contratto stipulato, lo stesso deve ritenersi automaticamente modificato ed integrato;

3. che costituisce causa ostativa alla stipula del contratto la sussistenza di una sentenza di condanna che incide sulla moralità professionale, ai sensi dell'art. 38, comma 1, lett. c) del D.LGS. 12 aprile 2006, n. 163 e s.m.i.

4. che con la deliberazione n.del..... la Giunta regionale:

– ha stabilito che l'attuale contratto per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra ASL ed erogatori sia integrato con l'indicazione delle valorizzazioni relative alle prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale, nonché delle modalità di applicazione delle regressioni tariffarie sino alla soglia, specificata all'Art. 3, per cui le strutture si impegnano ad erogare prestazioni per conto del servizio sanitario regionale;

– ha conferito alle singole ASL il mandato di integrare il richiamato schema tipo, secondo i criteri definiti al punto..... del medesimo provvedimento e che qui si intendono integralmente richiamate;

5. così come già specificato a decorrere dall'anno 2008, il valore delle tariffe e il conseguente importo totale delle prestazioni consentono di remunerare anche gli oneri derivanti dall'applicazione dei contratti di lavoro già sottoscritti e in via di sottoscrizione;

6. che ai sensi dell'art. 22, comma 1 della legge regionale n. 33/2009 gli erogatori aderiscono al Sistema Informativo Socio Sanitario regionale (SISS) secondo le modalità definite dalla Giunta regionale nell'ambito del progetto CRSSISS.

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

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

Visto l'art. 9, commi 8, 9 della legge regionale n. 33/2009;

Tutto ciò premesso

TRA

l'Azienda Sanitaria Locale

E

l'Azienda Ospedaliera/la Casa di Cura/l'Ospedale Classificato/ l'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico/la Struttura Ambulatoriale si conviene e si stipula, ad integrazione del contratto già stipulato in data , le cui disposizioni rimangono in vigore tra le parti stesse, per non diversamente previsto dal presente contratto integrativo, con la sottoscrizione dei seguenti articoli:

Art. 1

Oggetto

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

Art. 2

Ambito di applicazione

Le presenti disposizioni integrative al contratto già stipulato tra le stesse Parti in data, si applicano a tutta la produzione sia di attività di ricovero e cura che di attività legata alla erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale prodotta dalle strutture ubicate nel territorio della ASL per tutti i cittadini residenti in Regione Lombardia e non solo alla quota relativa ai consumi dei propri residenti.

Per quanto riguarda il livello economico i pazienti extraregionali verranno remunerati a produzione effettiva, secondo le tariffe vigenti in Lombardia nel periodo di erogazione delle prestazioni, che si ritengono adeguate complessivamente ai costi.

Le prestazioni relative ai pazienti provenienti da altre regioni non sono definite nel loro valore in quanto la funzione di tutela dei cittadini spetta alle relative regioni ed ASL di residenza che sono tenutarie della quota capitaria, della regolamentazione dell'accesso ai servizi e della erogazione degli stessi. Ciò non significa altresì che queste prestazioni non debbano essere prestate secondo gli stessi criteri di appropriatezza e di reale necessità che guidano l'erogazione dei servizi per i residenti lombardi e che le attività di controllo svolte dalle ASL sui propri erogatori riguardino anche l'appropriatezza e la correttezza delle prestazioni garantite a cittadini non residenti in Regione Lombardia.

Quanto appena detto vale sia per le prestazioni di ricovero che per quelle di specialistica ambulatoriale ed una particolare attenzione sarà posta nel valutare le prestazioni di ricovero a basso peso di cui all'allegato 2C del d.p.c.m. LEA e le prestazioni ambulatoriali per cui, sempre sulla base del citato d.p.c.m., sono previste delle limitazioni di accesso.

In relazione ai criteri temporali relativi all'ambito di applicazione delle norme contenute nella presente integrazione contrattuale, si precisa che per quanto attiene le attività di ricovero sono conteggiabili esclusivamente quelli con data di dimissione a decorrere dall'1 gennaio 1911 e per quanto attiene le prestazioni ambulatoriali sono conteggiabili esclusivamente quelle erogate a far tempo dalla data dell'1 gennaio 1911.

Art. 3

Valorizzazione per le attività di ricovero e di specialistica

Per il primo trimestre si individua una quota pari ai 3/12 di quanto negoziato per l'anno 2010 relativamente alle attività di ricovero e cura e di quelle di specialistica ambulatoriale individuata come segue

Ciò in quanto la chiusura entro il 15 febbraio 2011 dell'esercizio 2010 permetterà per le attività ambulatoriali di calcolare per ogni struttura il finanziamento 2010 totale calcolato applicando le regressioni tariffarie ed eventuali altre regole di valorizzazione per lo stesso anno negoziate.

Il valore della contratto relativo all'intera annualità sarà quindi definito entro e non oltre il 31 di marzo 2011. Per le attività di ricovero e cura la valorizzazione relativa alle attività garantite a cittadini residenti in Lombardia viene individuata nella quota di euro che è calcolata sulla base del contratto 2010, al netto delle prestazioni individuate secondo le specifiche e le modalità previste dalla D.G.R. 8/... che nel 2011 saranno finanziate in aggiunta alle attività contrattate. Resta fermo che l'attribuzione di queste risorse è subordinata alle indispensabili valutazioni inerenti l'appropriatezza riscontrata nel corso delle attività di controllo effettuate dalle ASL per l'anno 2010 ed alla possibilità reale, sempre verificata dalle ASL, di garantire da parte del soggetto erogatore il massimo livello di appropriatezza di erogazione anche per l'anno 2011. Al raggiungimento della predetta quota, in assenza di previo accordo con la ASL, la struttura non è autorizzata ad erogare prestazioni per conto del servizio sanitario regionale. L'eventuale integrazione di risorse, a livello complessivo ASL e per le tipologie di prestazioni che dovessero registrare un eccessivo squilibrio tra domanda ed offerta, sarà concordata per iscritto tra la ASL ed i soggetti accreditati coinvolti nella erogazione delle citate prestazioni, compatibilmente con i budget delle ASL, sentita la Direzione Generale Sanità e ad un valore economico non superiore comunque al 30% della relativa fatturazione. Per le attività di specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale, comprensive delle attività di Pronto Soccorso non seguite da ricovero, la quota di risorse corrisponde a euro pari al finanziato 2010, al netto delle attività remunerate ad di fuori del contratto secondo le modalità previste dalla D.G.R. 8/..... del relativa alle regole per l'esercizio 2011, portata al 95%, a cui sono da aggiungersi euro che corrispondono ad un'ulteriore quota pari a 2 punti percentuali di quanto finanziato alla struttura sempre al netto delle prestazioni extrabudget, attribuita dalla ASL secondo i progetti di cui all'art. 4. Tra il 97% e il 103%, di quanto finanziato nel 2010 al netto dell'extrabudget,

sarà applicato alle valorizzazioni prodotte un abbattimento fino al 30%, e tra il 103% e il 106%, di quanto finanziato nel 2010 al netto dell'extrabudget, fino al 60%. L'impegno ad erogare prestazioni a carico del servizio sanitario regionale vale fino a questa quota.

Per le attività di specialistica ambulatoriale erogata da soggetti di diritto privato, gli sconti previsti dalla legge n. 296/06 non sono applicati al di sopra della soglia del 97% oltre la quale, quindi, valgono solo le regressioni tariffarie di cui sopra.

Al raggiungimento della predetta soglia, la struttura erogatrice accreditata, in assenza di previo accordo, non è autorizzata ad erogare prestazioni per conto del servizio sanitario regionale.

L'eventuale integrazione di risorse, a livello complessivo ASL e per le tipologie di prestazioni che dovessero registrare un eccessivo squilibrio tra domanda ed offerta, sarà concordata per iscritto tra la ASL ed i soggetti accreditati coinvolti nella erogazione delle citate prestazioni, compatibilmente con i budget delle aziende ASL, sentita la Direzione Generale Sanità e ad un valore economico non superiore comunque al 30% della relativa fatturazione. I corrispettivi disciplinati dal presente articolo devono tenere conto di quanto determinato dall'allegato relativo all'assistenza farmaceutica della D.G.R. 7/.... del

Art. 4

Alla struttura è destinata una quota di risorse di..... euro relativa alle attività di specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale assegnate sulla base di specifici progetti (allegati al presente contratto) sviluppati con la finalità di ridurre i tempi di attesa delle prestazioni soggette a monitoraggio periodico delle attese e di favorire l'accesso alle attività ambulatoriali per i pazienti in età pediatrica in modo da evitare il più possibile delle interferenze con le attività lavorative dei genitori;

la facilitazione dell'accesso si attua prevalentemente con aperture dei servizi fino al tardo pomeriggio ed il sabato. La predetta quota sarà riconosciuta previa valutazione del raggiungimento degli obiettivi definiti dal progetto di cui all'allegato del presente contratto.

Art. 5

Raggiungimento del valore di produzione assegnato

Le parti concordano che il raggiungimento del valore negoziato per le attività di ricovero e cura e di specialistica sarà valutato applicando ai volumi delle prestazioni erogate nel corso del 2011 le tariffe in vigore alla data di dimissione per i ricoveri ed alla data di effettuazione della prestazione o di chiusura del ciclo per la specialistica ambulatoriale. Le parti concordano altresì che sia le tariffe delle prestazioni di ricovero e cura sia quelle relative alla specialistica ambulatoriale sono aggiornate a decorrere dal 1° gennaio 2011 con il risultato di essere adeguate al tasso di inflazione programmata e di tenere conto delle disposizioni normative

pubbliche e private vigenti relative ai rinnovi contrattuali e dell'ampliamento e perfezionamento dei flussi informativi di sistema.

Art. 6

Controllo dell'applicazione dei contenuti del contratto

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

Art. 7

Utilizzo del ricettario regionale per prescrizione di specialistica ambulatoriale e farmaceutica

I soggetti erogatori si impegnano al pieno rispetto delle indicazioni date con le D.G.R. relativamente alla prescrizione effettuata dai propri specialisti di prestazioni ambulatoriali e farmaceutiche, il cui pieno rispetto rappresenta un'obbligazione contrattualmente rilevante.

Art. 8

Validità e durata

Le presenti disposizioni integrative hanno validità per l'intero esercizio 2011, fatta salva la facoltà di recesso di cui all'art. 11 dello schema tipo di contratto approvato con D.G.R. 45708/99.

Letto, confermato e sottoscritto.

IL DIRETTORE GENERALE IL LEGALE RAPPRESENTANTE DELLA STRUTTURA

— • —

UNITÀ D'OFFERTA SOCIO SANITARIE

Accreditamento

L'accreditamento istituzionale delle Unità d'offerta consente l'erogazione di prestazioni per conto del servizio sociosanitario regionale. La remunerazione delle prestazioni attraverso tariffe

regionali è invece subordinata alla messa a contratto della totalità o di parte dei posti accreditati.

Al fine del potenziare l'offerta e di garantire ai cittadini una maggiore libertà di scelta di servizi, si ritiene opportuno procedere alla liberalizzazione dell'accreditamento, spostando il livello programmatico sulla contrattazione, anche attraverso l'utilizzo del budget.

Pertanto a decorrere dall'1 gennaio 2011 potranno essere accreditate tutte le Unità d'offerta in possesso dei requisiti previsti, in particolare potranno essere accreditate strutture o nuovi posti in strutture già accreditate solo se i requisiti oggettivi e specifici saranno posseduti per tutta la struttura/edificio.

La programmazione di volumi, risorse e budget, ad integrazione e modifica della D.G.R. 8496/08, viene invece collocata nell'ambito della contrattualizzazione delle strutture, in base alle regole di negoziazione di cui al paragrafo successivo.

Con riguardo a Unità d'offerta di proprietà di enti pubblici ed in particolar modo di enti locali, a modifica della D.G.R. 8496/08, il soggetto titolare dell'accreditamento, e, conseguentemente del contratto, va individuato nel comune o in altro ente pubblico titolare del servizio, a meno che l'affidamento non avvenga a favore di soggetti affidatari «in house» o di società pubbliche o a partecipazione pubblica o di altri soggetti strumentali dell'ente pubblico stesso. In caso di affidamento del servizio in appalto a terzi, l'ente pubblico mantiene la titolarità dell'accreditamento ed è esso stesso il soggetto titolato per la stipula del contratto con la ASL, regolando i propri rapporti di gestione con l'appaltatore per il tramite di specifici capitolati, volti ad assicurare la corretta gestione della Unità d'offerta ed impedire eventuali interruzioni nella erogazione delle prestazioni.

In particolare si specifica che il Comune può appaltare il servizio solo a seguito della stipula del contratto con la ASL, avendo cura di trasferire nel capitolato d'appalto le clausole contrattuali già sottoscritte con la ASL. Il capitolato d'appalto deve altresì risultare conforme alle regole regionali in materia di accreditamento, contrattazione e budget. In esito all'aggiudicazione l'appaltatore dovrà impegnarsi ad aderire alle clausole specifiche del contratto con la ASL, sottoscrivendole per adesione.

Tali disposizioni entrano in vigore dall'1 gennaio 2011, fatta salva l'esecutività dei contratti in essere fino alla scadenza naturale dell'appalto.

Tutti i contratti e gli atti tra privati che hanno ad oggetto trasferimenti di Unità d'offerta o, comunque, il subentro di un altro gestore nella titolarità e/o nella gestione dell'Unità d'offerta, quali, a titolo esemplificativo, cessione o affitto dell'Unità d'offerta, scorporo, scissione o fusione per incorporazione o mediante costituzione di altro soggetto, ad eccezione della sole modificazioni della persona del legale rappresentante dell'ente gestore o della trasformazione

di società , non possono essere stipulati se l'ente gestore e/o la controparte degli atti predetti non abbiano preventivamente richiesto, almeno 60 giorni prima della stipula degli atti predetti, all'ASL di competenza e alla Direzione Generale Famiglia Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale della Regione Lombardia, il trasferimento dell'abilitazione all'esercizio e dell'accreditamento.

Si intendono approvate, con effetto dall'1 gennaio 2011, le modifiche del contratto tipo di cui all'Allegato 1, specificando che le medesime si intendono recepite nei contratti in essere così come specificamente previsto dall'art. 14 del contratto tipo.

Per le Unità d'Offerta che non sottoscriveranno il contratto integrativo riportante le nuove condizioni discendenti dalla presente delibera e successive indicazioni della Direzione Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale si verrà a determinare l'impossibilità giuridica di erogare prestazioni a carico del servizio socio sanitario regionale.

Fatte salve le disposizioni di cui alla D.G.R. 9735/09, a decorrere dal primo gennaio 2011 eventuali proroghe alla tempistica stabilita dai piani programma potranno essere concesse dalla ASL solo ed esclusivamente su istanza del legale rappresentante dell'Unità d'offerta, corredata da idonee motivazioni, ed a seguito di preventivo assenso della Direzione Famiglia, fermo restando il termine massimo di adeguamento fissato al 31 dicembre 2011.

----- • -----

NEGOZIAZIONE

Unità di offerta già soggette a budgettizzazione

Anche per il 2011 viene confermata la budgettizzazione dei servizi diurni e domiciliari per anziani e disabili (C.D.I., C.D.D., A.D.I./voucher sociosanitario), servizi di riabilitazione, servizi residenziali e semiresidenziali dell'area dipendenze, nonché delle prestazioni e funzioni già incluse nel budget per «altri costi».

I budget a livello di ASL vengono definiti provvisoriamente in misura pari al 100% dei rispettivi budget aziendali definitivi 2010.

Fino alla ridefinizione da parte della Regione dei budget assegnati alle singole ASL, il budget spettante in via provvisoria ad ogni Unità d'offerta sociosanitaria, accreditata e a contratto per l'anno 2010, è determinato in misura non superiore al 98% del budget contrattato in via definitiva per lo stesso anno.

Per le Unità d'offerta messe a contratto (in tutto o in parte) nel corso del 2010 il budget 2011 potrà essere definito rapportando ad anno intero le prestazioni riferite solo ad una parte del 2010.

Per i servizi di riabilitazione si intendono confermate per l'anno 2011 le disposizioni relative al possibile utilizzo di posti letto a maggiore intensità riabilitativa per accogliere persone che necessitano di prestazioni di minore complessità, fermo restando che le tariffe riconoscibili sono quelle delle prestazioni effettivamente erogate. È altresì confermata la possibilità di remunerare le prestazioni ambulatoriali cosiddette indirette, nell'ambito del budget assegnato, fino ad un massimo del 20% di quanto rendicontato per tutte le prestazioni ambulatoriali.

Per l'anno 2011 non è soggetta a budgetizzazione la remunerazione a tariffa spettante alle comunità terapeutiche accreditate per il ricovero di tossicodipendenti agli arresti domiciliari o in affidamento in prova residenti in ASL lombarde.

Unità di offerta ed interventi di nuova budgettizzazione

A decorrere dal 2011 vengono assoggettate a budgetizzazione **anche R.S.A., R.S.D., C.S.S. e hospice.**

I budget a livello di ASL vengono definiti provvisoriamente in misura pari al 100% della remunerazione complessiva riconosciuta nell'esercizio 2010 per le diverse tipologie di Unità di offerta.

Per le singole strutture, il budget provvisorio è determinato in misura non superiore dell'ammontare corrispondente al 98% della remunerazione relativa a tutti posti accreditati nel 2010, calcolata assumendo a riferimento la tariffa media giornaliera riconosciuta alle singole Unità d'offerta nello stesso esercizio, tenuto comunque conto dei livelli di saturazione, riferiti all'utenza lombarda, riscontrati nel corso del 2010.

Vengono altresì assoggettati a budgetizzazione gli **S.M.I., i consultori familiari privati, i voucher ed i contributi ai familiari caregiver** previsti dalle DD.GG.RR. 6 agosto 2008, n. 7915 e 16 settembre 2009, n. 10160.

Per queste Unità di offerta ed interventi i budget a livello di ASL vengono definiti provvisoriamente in misura pari al 100% della remunerazione complessiva riconosciuta per l'esercizio 2010, mentre il budget assegnabile dalle ASL ai singoli erogatori non è soggetto a limiti specifici, fermo restando il rispetto del budget di ASL.

Indicazioni per la negoziazione e la contrattualizzazione dei soggetti erogatori accreditati

Al fine di garantire continuità ai servizi resi ai cittadini e di dare certezze contrattuali ai soggetti che attualmente erogano servizi socio sanitari le ASL sono tenute a stipulare entro il 31 dicembre 2010 i contratti integrativi per l'esercizio 2011 definendo i budget provvisori nel rispetto delle regole di cui al presente allegato.

Nella fase di negoziazione e di successiva contrattualizzazione è necessario che le ASL rendano evidenti i criteri di assegnazione delle risorse agli enti gestori. A tale scopo, si ricorda che i riferimenti principali rispetto ai quali procedere sono rappresentati:

- dalla programmazione locale basata sull'analisi dei bisogni territoriali per le specifiche Unità d'offerta
- da elementi rappresentativi della qualità dei servizi offerti
- dalle rette applicate
- dagli esiti delle attività di vigilanza e controllo condotte dai servizi competenti dell'ASL.

Per le Unità d'offerta realizzate con finanziamenti statali o regionali, potranno essere messi a contratto i soli posti realizzati con detti finanziamenti, assumendo a riferimento la tariffa media giornaliera riconosciuta alle singole Unità d'offerta nello stesso esercizio.

Le Unità d'offerta accreditabili ai sensi delle deliberazioni della Giunta regionale n. 10804/2009, n. 11080/2010 e n. 11262/2010, nei limiti fissati dagli stessi provvedimenti regionali, con istanze di accreditamento presentate entro il 31 dicembre 2010, ed in possesso di tutti i requisiti previsti, saranno messe a contratto. Per le Unità d'offerta già a contratto nel 2010, il budget 2011 verrà rideterminato a seguito dell'incremento dei volumi messi a contratto; per le Unità d'offerta messe a contratto nel 2011, il budget verrà determinato prendendo a riferimento tariffa giornaliera e saturazione medie di ASL per l'anno 2010.

I budget aziendali ed i finanziamenti alle ASL saranno determinati con atti del Direttore Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale e potranno essere rideterminati in relazione alla verifica degli andamenti della spesa in occasione delle chiusure trimestrali al fine di assicurare l'equilibrio economico-finanziario del sistema di interventi in area sociosanitaria.

Con gli stessi atti verranno date ulteriori indicazioni per:

- la determinazione dei budget definitivi assegnabili alle singole Unità d'offerta per il 2011;

- la remunerazione della qualità aggiunta per i servizi diurni e domiciliari per anziani e disabili, intendendosi superate le disposizioni di cui al punto 4 dell'allegato 16 della D.G.R.10804/2009;
- la contrattualizzazione e la remunerazione di nuove Unità d'offerta o di ulteriori parti di Unità d'offerta accreditate *ex novo*.

Ad integrazione e modifica della D.G.R. 3257/2006, per i soggetti gestori riconosciuti come Ente Unico, fatto salvo che i contratti sono definiti a livello di singola struttura, è possibile effettuare spostamenti di budget tra Unità d'offerta, anche se ubicate in ASL diverse, a condizione che vi sia un preventivo assenso delle ASL coinvolte e della competente Direzione Generale di Regione Lombardia. Tali variazioni di budget dovranno essere recepite nei contratti sottoscritti.

REVISIONE DELLE TARIFFE PER LE RSA

Al fine di produrre una semplificazione delle modalità di tariffazione delle prestazioni erogate dalle RSA, nelle more della revisione dell'intero sistema, viene introdotta, con decorrenza 1° gennaio 2011, una nuova struttura tariffaria da riferirsi all'utenza tipica, a cui dovranno essere ricondotte le attuali 8 classi SOSIA.

In sede di prima applicazione, tale nuovo sistema di classificazione dovrà riferirsi unicamente alla tariffazione ed alla rendicontazione economica delle giornate, fermo restando il mantenimento del sistema SOSIA per tutti i restanti aspetti clinici ed informativi riferiti all'utenza.

Pertanto, le tariffe giornaliere per le Residenze Sanitarie Assistenziali per Anziani (R.S.A) vengono così modificate a partire dall'1 gennaio 2011:

Nuova classe tariffaria	Classi Sosia accorpate	Tariffa giornaliera
A	1, 2	49,00
B	3, 4, 5, 6	39,00
C	7, 8	29,00

SCHEMA TIPO DI CONTRATTO PER LA DEFINIZIONE DEI RAPPORTI GIURIDICI ED ECONOMICI TRA L'AZIENDA SANITARIA LOCALE (ASL) E LE UNITÀ D'OFFERTA SOCIO-SANITARIE ACCREDITATE

TRA

L'azienda sanitaria locale (ASL) con sede legale a in via n. codice fiscale, nella persona del direttore generale, legale rappresentante *pro-tempore*,, domiciliato per la carica presso la sede dell'ASL, con l'assistenza del direttore sociale;

e l'ente gestore

..... , con sede legale a in via , codice fiscale, nella persona del signor , in qualità di legale rappresentante *pro-tempore*/ amministratore, per l'Unità d'offerta sociosanitaria denominata, con sede a in via , codice di struttura n.;

PREMESSO CHE:

- l'ASL , di seguito denominata ASL, intende avvalersi di (ente gestore) , di seguito denominato ente gestore, che gestisce l'Unità d'offerta sociosanitaria denominata ubicata nel comune di in via , per l'erogazione di prestazioni/servizia beneficio delle persone
- l'ente gestore ha presentato la DIA per l'esercizio della Unità d'offerta con atto in data (oppure è in possesso di autorizzazione), nel rispetto delle disposizioni regionali e della vigente normativa, relativamente a
- con deliberazione della Giunta regionale in data n., l'ente gestore è stato accreditato per l'esercizio della Unità d'offerta denominata, per , e che pertanto la medesima Unità d'offerta risulta iscritta nel registro regionale istituito presso la Direzione Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale della Regione Lombardia;
- l'ente gestore, pertanto, intende mettere a disposizione dell'ASL n. posti/prestazioni (inserire se è il caso anche la riserva di posti di sollievo) autorizzati/accreditati che verranno remunerati nei limiti delle risorse assegnate con riguardo alle Unità d'offerta sottoposte a budget;

- l'ente gestore ha comunicato che le rette giornaliere (chiarire se trattasi di retta unica e/o rette massima, media, minima) praticate agli ospiti della Unità d'offerta, alla data di stipulazione del presente atto, sono le seguenti e si impegna a comunicare alla ASL tutte le variazioni di retta;

tutto ciò premesso, si stipula quanto segue

Art. 1

Premesse

1. Le premesse costituiscono parte integrante e sostanziale del presente atto.

Art. 2

Oggetto

1. Il presente contratto definisce i rapporti giuridici ed economici derivanti dalla erogazione di prestazioni sociosanitarie da parte dell'ente gestore, in relazione all'esercizio dell'Unità d'offerta denominata, con oneri a carico dell'ASL, nei limiti stabiliti dalla Regione Lombardia e fatta salva la partecipazione ai costi da parte dell'utente, ai sensi della vigente normativa.

2. L'ASL si avvale pertanto dell'ente gestore per l'assistenza a favore di utenti

3. L'ente gestore garantisce le prestazioni di assistenza, mediante l'Unità d'offerta denominata..... e utilizzando le strutture, le attrezzature, i servizi, il personale secondo i criteri e gli standard definiti dalla Regione Lombardia.

Art. 3

Mantenimento dei requisiti e vigilanza

1. L'ente gestore si impegna a garantire l'erogazione delle prestazioni certificando il numero, la professionalità ed il rapporto di lavoro del personale impiegato nella Unità d'offerta.

2. L'ente gestore si impegna a comunicare tempestivamente all'ASL ogni eventuale variazione che dovesse intervenire, così rilevante da incidere sul possesso dei requisiti o

sull'organizzazione, e autocertifica, annualmente entro il 31 gennaio, il mantenimento degli standard di personale, nonché il mantenimento di tutti gli altri requisiti di esercizio e di accreditamento della Unità d'offerta.

3. L'ASL, nell'esercizio delle funzioni di vigilanza, può accedere a tutti i locali della Unità d'offerta ed assumere informazioni dirette dal personale, dagli ospiti e dai loro familiari; può accedere alla documentazione relativa al rapporto di accreditamento o, comunque, rilevante ai fini dell'esercizio dell'Unità d'offerta, al fine di verificare quanto dichiarato dall'ente gestore. Al termine del sopralluogo, l'ASL redige il verbale in contraddittorio con il gestore o persona incaricata dall'ente gestore, nel quale sono indicati i motivi del sopralluogo, i requisiti valutati, la documentazione acquisita dall'ASL. Tale verbale è congiuntamente sottoscritto dall'ASL e dal gestore o persona da esso incaricata. Nel caso in cui le azioni svolte ed i dati rilevati non consentano l'immediata assunzione di decisioni in merito ad eventuali prescrizioni o provvedimenti, per tali aspetti, entro il termine massimo di 15 giorni, l'ASL predispone una comunicazione integrativa. In ogni caso è prevista la possibilità di controdeduzioni da parte del Legale Rappresentante. entro 15 gg dalla data del sopralluogo.

4. Le parti danno atto che l'esito dell'accertamento determina l'adozione dei provvedimenti previsti dalla linee guida regionali in materia di vigilanza sulle Unità d'offerta sociosanitarie, con gli eventuali conseguenti effetti nei confronti del presente contratto.

Art. 4

Obblighi di carattere generale

1. L'ente gestore si impegna a:

a) rispettare tutti gli adempimenti previsti come requisiti per l'esercizio e l'accredimento delle Unità d'offerta socio sanitarie indicati e richiamati nella D.G.R. n. del

b) concorrere al rispetto ed alla attuazione dei principi, delle indicazioni e degli adempimenti previsti nella l.r. 3/2008 a carico degli enti gestori;

In particolare, l'ente gestore si impegna a:

a) rispettare i criteri di accesso prioritario alle prestazioni definiti a livello locale, in attesa delle disposizioni applicative, di cui all'art. 6, comma 3°, della legge regionale 12 marzo 2008, n. 3, stabilite dalla Regione;

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) assicurare che la presa in carico della persona assistita avvenga secondo criteri di appropriatezza e favorendo la continuità assistenziale, segnalando eventuali situazioni complesse all'ASL ed al Comune;

d) informare le persone e le famiglie sulle prestazioni offerte, sulle condizioni per accedervi, sulla possibilità di accedere ad altre Unità d'offerta accreditate in ragione dei bisogni personali di assistenza espressi e nei limiti delle informazioni ricavabili dal sistema informativo regionale, sulle modalità per esprimere il consenso informato, sulle rette praticate e sulle modalità per accedere a forme di integrazione economica o ad altri benefici;

e) prendere in carico l'assistito in maniera personalizzata e continuativa e coinvolgerlo nella formulazione dei relativi progetti di assistenza, nel rispetto delle indicazioni fornite dalla Regione o dall'ASL;

f) fornire all'assistito una valutazione globale, scritta, del proprio stato di bisogno;

g) informare il comune di residenza dell'assistito dell'accesso alla Unità d'offerta o, nei casi in cui l'accesso sia disposto d'urgenza, dell'accettazione del ricovero. In caso di cittadino non lombardo, dovrà essere richiesto il preventivo assenso al ricovero da parte del soggetto tenuto a farsi carico della relativa quota sanitaria;

h) informare il competente ufficio dell'ASL sulle condizioni psico-fisiche dell'assistito qualora si rinvenga la necessità della nomina di un tutore o di un amministratore di sostegno;

i) assicurare la presenza dei familiari o delle persone di fiducia da loro delegate e assicurare la costante informazione sulla condizione degli assistiti e sulla assistenza praticata nel rispetto delle norme in materia di tutela della privacy;

j) assicurare l'accesso alla Unità d'offerta dei ministri di culto, dei volontari e delle altre persone la cui presenza sia richiesta dagli utenti, nel rispetto dei protocolli vigenti nella Unità d'offerta;

k) 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 del comune in cui ha sede legale l'Unità d'offerta, in tutti i casi in cui sia negata o limitata la fruibilità delle prestazioni nonché per ogni eventuale necessità, informarlo della possibilità di accedere all'Ufficio di Relazioni con il Pubblico e all'Ufficio di Pubblica Tutela dell'ASL competente;

l) dotarsi della carta dei servizi che deve essere tenuta aggiornata e distribuita;

m) dotarsi di sistemi di contabilità analitica, nei termini stabiliti dalla Regione, al fine di dimostrare il corretto rapporto tra risorse impiegate e prestazioni erogate; promuovere sistemi

di controllo di gestione ed altri eventuali metodi di valutazione dei risultati, dandone informazione all'ASL;

n) partecipare ad iniziative promosse dall'ASL o previste nei piani di zona, rivolte ad attuare l'integrazione tra la programmazione della rete di offerta sociale e la rete di offerta sociosanitaria e tese al miglioramento della qualità del servizio;

o) dotarsi di un codice etico secondo quanto indicato nei provvedimenti regionali, dandone atto nella carta dei servizi, la cui violazione contestata per iscritto ed in assenza di giustificazioni ritenute valide, ad insindacabile e motivato giudizio dell'ASL, costituirà causa di risoluzione di diritto del presente contratto;

p) a garanzia di sinistri che possono derivare agli utenti o a terzi durante l'espletamento del servizio, si impegna a stipulare idoneo contratto assicurativo di responsabilità civile esonerando l'ASL da ogni responsabilità a riguardo

q) redigere e rilasciare, nei casi di compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini, la certificazione delle rette ai fini fiscali;

r) non richiedere alcun corrispettivo per lo svolgimento di tutte le pratiche e procedure preliminari all'ingresso dell'utente.

Art. 5

Sistema tariffario e pagamenti

1. L'ASL è tenuta ad erogare all'ente gestore delle Unità d'offerta, nel rispetto delle disposizioni regionali vigenti, le tariffe previste dalla Regione Lombardia, nei limiti delle risorse assegnate con riguardo alle Unità d'offerta sottoposte a budget.

2. L'ASL anticipa mensilmente acconti, pari all'85% di un dodicesimo del fatturato dell'anno precedente oppure, in caso di Unità d'offerta nuova, del fatturato teorico comunque coerente con il piano di inserimento degli ospiti, e garantisce inoltre l'erogazione del saldo trimestrale spettante, entro i successivi 60 giorni dall'avvenuto ricevimento della fattura.

3. L'avvenuto pagamento del saldo non pregiudica il recupero di somme che, sulla base dei controlli effettuati nei confronti della Unità d'offerta, risultassero non dovute o dovute solo in parte.

4. L'ente gestore si impegna ad emettere mensilmente fatture, o altra documentazione contabile idonea, al fine del pagamento degli acconti, e ad emettere, entro il mese successivo alla scadenza di ogni trimestre, le fatture relative ai saldi trimestrali, recanti le classificazioni dei singoli ospiti desunte dal sistema informativo in vigore, secondo la modulistica regionale.

5. Ferma restando la possibilità di decurtare, recuperare o ridurre le somme previste a titolo di tariffa, sulla base di provvedimenti assunti dall'ASL al termine di accertamenti condotti sulla Unità d'offerta, è fatta salva la facoltà della stessa ASL di sospendere l'erogazione parziale o totale dei pagamenti effettuati a qualsiasi titolo, in tutti i casi in cui siano in corso controlli per l'accertamento di gravi violazioni della normativa vigente, dei requisiti per l'esercizio e per l'accreditamento, delle clausole per presente contratto.

6. Per i servizi residenziali, le giornate di accettazione e di dimissione sono considerate come un'unica giornata, quindi dovrà essere pagata solo la giornata di accettazione. Analogamente, per i periodi di assenza, sono considerate come unica giornata quella di uscita e quella di rientro, quindi dovrà essere pagata solo quella di rientro, e sono calcolati come assenze i giorni tra queste due date.

7. Con riferimento alle Unità di offerta sottoposte a budget, si dovrà sottoscrivere annualmente un allegato, parte integrante del presente contratto, in ottemperanza alle disposizioni regionali.

8. L'eventuale remunerazione aggiuntiva di qualità, sarà erogata in ottemperanza alle disposizioni regionali.

Art. 6

Modalità di registrazione e codifica delle prestazioni

1. L'ente gestore si impegna a compilare, conservare e trasmettere la documentazione sociosanitaria relativa alla Unità d'offerta, nel rispetto delle indicazioni regionali e della normativa in materia di tutela della privacy.

2. L'ASL, nell'ambito dell'attività di vigilanza, compie i controlli sulla appropriatezza delle prestazioni e l'aderenza delle caratteristiche degli assistiti a quanto riportato nella documentazione relativa ai fascicoli sociale e sanitario.

3. I controlli previsti dal presente articolo sono effettuati alla presenza ed in contraddittorio con la persona incaricata dall'ente gestore, con l'eventuale assistenza dei membri dell'equipe sociosanitaria responsabile della tenuta della documentazione.

4. L'ente gestore si impegna ad adempiere al debito informativo nei confronti dell'ASL e della Regione Lombardia, che costituisce condizione per l'accesso alle risorse regionali, nei termini e secondo le modalità stabiliti dalla Regione e dall'ASL.

Art. 7

Sistema aziendale per il miglioramento della qualità

1. Le parti identificano il miglioramento della qualità quale obiettivo primario, da perseguire secondo criteri di piena collaborazione. L'ente gestore si impegna a sviluppare un sistema aziendale di miglioramento della qualità, in coerenza con la normativa di accreditamento secondo le direttive definite dalla Regione Lombardia ed in relazione alla programmazione territoriale. tale miglioramento deve essere finalizzato ad una progressiva personalizzazione dell'assistenza e sviluppo dei livelli di corresponsabilità nel controllo dell'appropriatezza delle prestazioni erogate.

Art. 8

Eventi modificativi e cause di risoluzione del contratto

1. L'ente gestore si impegna al rispetto delle linee guida regionali in materia di esercizio, accreditamento e vigilanza sociosanitaria, dando atto di conoscerne il contenuto, ed in particolare che:

a) l'accreditamento, alla pari dell'autorizzazione (o della D.I.A), non è cedibile a terzi, in mancanza di un atto regionale che ne autorizzi il trasferimento;

b) i requisiti dell'autorizzazione (o della DIA) e dell'accreditamento sono condizione indispensabile perché il presente contratto produca effetti tra le parti;

c) la perdita di un requisito soggettivo od oggettivo – strutturale, gestionale, tecnologico ed organizzativo – previamente accertato dall'ASL, determina la revoca del provvedimento di accreditamento, che è disposta con delibera della Giunta Regionale e la risoluzione di diritto del contratto. Nel corso del procedimento per la revoca dell'accreditamento, il contratto è sospeso. Con riguardo a specifiche fattispecie, l'ASL, ove rinvenga la possibilità di un ripristino delle condizioni che danno origine al rapporto di accreditamento, può prescrivere un termine per la regolarizzazione della situazione, disponendo comunque la sospensione o la decurtazione dei pagamenti delle prestazioni rese nel periodo in questione;

d) con la sola eccezione della modificazione della persona del legale rappresentante o dell'amministratore dell'ente gestore e della trasformazione di una società (es. da società di capitali a società di persona o viceversa), ogni evento che dovesse comportare lo scioglimento, la fusione o il cambio dell'ente gestore comporta la necessità di stipulare un nuovo contratto di accreditamento e quindi la decadenza del presente contratto;

e) l'affidamento a terzi della gestione dell'Unità d'offerta determina l'obbligo della volturazione della DIA e dell'accreditamento ed un nuovo contratto di accreditamento e, quindi, comporta la decadenza del presente contratto;

f) la cessione del contratto a terzi, non conformemente a quanto indicato nei provvedimenti regionali, non produce effetti nei confronti dell'ASL e determina la revoca dell'accreditamento e la risoluzione di diritto del presente contratto;

g) la cessione di crediti derivanti dal presente contratto è soggetta alla disciplina vigente in materia di contratti pubblici.

2. Tutti i contratti e gli atti tra privati che hanno ad oggetto trasferimenti di Unità d'offerta o, comunque, il subentro di un altro gestore nella titolarità e/o nella gestione dell'Unità d'offerta, quali, a titolo esemplificativo, cessione o affitto dell'Unità d'offerta, scorporo, scissione o fusione per incorporazione o mediante costituzione di altro soggetto, ad eccezione della sole modificazioni della persona del legale rappresentante dell'ente gestore o della trasformazione di società, non possono essere stipulati se l'ente gestore e/o la controparte degli atti predetti non abbiano preventivamente richiesto, almeno 60 giorni prima della stipula degli atti predetti, all'ASL di competenza e alla Direzione Generale Famiglia Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale della Regione Lombardia, il trasferimento dell'abilitazione all'esercizio e dell'accreditamento.

3. La stipula dei contratti e degli atti sopra indicati in assenza della richiesta preventiva di volturazione o comunque prima del decorso del termine di 60 giorni dalla richiesta stessa costituisce grave inadempimento che comporta a carico dell'ente gestore il pagamento di una penale di importo pari ad C, salvo il risarcimento del maggior danno, con diritto della ASL di compensare i crediti derivanti dall'applicazione delle penali con le somme eventualmente dovute all'ente gestore in virtù del contratto.

4. In presenza dell'inadempimento sopra indicato, il presente contratto potrà essere risolto di diritto, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 1456 cod. civ., e potrà essere disposta la revoca dell'accreditamento.

5. Nel caso in cui la volturazione venga negata, l'ente gestore non potrà perfezionare gli atti sopra indicati e l'eventuale stipula degli atti predetti costituirà grave inadempimento del presente contratto al quale si applicheranno le conseguenze previste ai precedenti commi 2 e 3.

6. Nel caso in cui, decorsi i 60 giorni dalla richiesta, la volturazione non sia stata concessa ma neanche negata salvi il caso in cui il termine sia stato interrotto dalla richiesta di chiarimenti o di integrazioni della documentazione prodotta, l'ente gestore potrà perfezionare gli atti sopra indicati senza che la stipula degli stessi costituisca inadempimento al presente contratto; tuttavia tali atti resteranno comunque inefficaci ai fini del rapporto con la ASL fino a quando non venga autorizzato il trasferimento dell'abilitazione all'esercizio e dell'accreditamento, secondo le modalità previste nella Delibera Giunta Regionale 26 novembre 2008, n. 8/8496 e successive integrazioni e modificazioni.

7. È vietata la cessione del contratto senza il consenso dell'ASL. L'eventuale cessione del contratto in violazione del presente divieto darà diritto alla ASL di risolvere il contratto medesimo, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1546 cod. civ.; con immediata sospensione dei pagamenti, nonché di richiedere il pagamento di una penale pari ad C, salvo il risarcimento del maggior danno e di compensare i crediti derivanti dall'applicazione delle penali con le somme eventualmente dovute all'ente gestore in virtù del contratto.

8. Fermo quanto previsto ai commi precedenti, l'ente gestore prende atto che in tutti i casi di subentro di un nuovo soggetto nella titolarità o nella gestione dell'Unità di offerta, il gestore subentrante dovrà stipulare un nuovo contratto.

9. Tuttavia, il provvedimento di accreditamento e il presente contratto resteranno efficaci sino al giorno in cui l'accREDITAMENTO sarà volturato a favore del soggetto subentrante e l'ASL avrà sottoscritto con quest'ultimo un nuovo contratto.

10. L'ente gestore, pertanto, si obbliga, a proseguire la gestione dell'Unità di offerta agli stessi patti e condizioni previsti nel provvedimento di accreditamento e nel presente contratto fino a quanto l'accREDITAMENTO non sarà volturato a favore del nuovo gestore e l'ASL non avrà sottoscritto con lo stesso un nuovo contratto.

Art. 9

(riferito esclusivamente alle Unità di offerta realizzate con finanziamenti pubblici, statali o regionali)

Unità d'offerta di proprietà del soggetto accreditato

Il soggetto accreditato (gestore dell'Unità d'offerta) si impegna, sino alla scadenza del presente contratto, e comunque entro i termini fissati dal finanziamento se precedente, a non alienare a terzi la proprietà e i diritti reali sull'immobile relativo alla Unità d'offerta accreditata e che ha costituito oggetto di finanziamento pubblico. Il soggetto accreditato si impegna, inoltre, a non modificare la destinazione d'uso del medesimo bene finanziato. Le parti convengono che l'alienazione della proprietà o di diritti reali sul bene finanziato o la modifica della destinazione d'uso del bene medesimo comporta la risoluzione di diritto del contratto di accreditamento, ai sensi dell'art. 1456 c.c. salvo le eccezioni previste dalla Linee guida.

Unità d'offerta di proprietà di soggetto diverso dal soggetto accreditato

Le parti convengono che l'alienazione a terzi della proprietà o di diritti reali sul bene immobile relativo alla Unità d'offerta accreditata ovvero la modifica della sua destinazione d'uso, che dovesse intervenire nel corso dell'esecuzione del presente contratto, per fatti anche non

imputabili al soggetto accreditato, comporta la risoluzione di diritto del contratto medesimo, ai sensi dell'art. 1456 c.c.

Art. 10

Controversie

1. Per ogni controversia che dovesse insorgere sulla interpretazione e sulla applicazione del presente contratto è competente il Foro di

Art. 11

Durata

1. Il presente contratto ha validità di tre anni con decorrenza dalla data di stipulazione. Novanta giorni prima della scadenza, ricorrendone i presupposti, in relazione alla permanenza dei requisiti ed agli obiettivi della programmazione sociosanitaria regionale e locale, le parti si impegnano a negoziare i contenuti del nuovo contratto.

2. In caso di cessazione dell'attività , corre l'obbligo per il gestore di darne preventiva comunicazione all'ASL con preavviso di almeno 90 giorni, garantendo comunque la continuità delle prestazioni per tale periodo.

Art. 12

Clausola penale

1. Le parti convengono che, in caso di inadempimento da parte del gestore delle obbligazioni di cui all'art. 4 del presente contratto, che non costituisca causa di risoluzione, previa diffida ad adempiere entro un congruo termine, la parte inadempiente è tenuta a pagare all'ASL a titolo di penale la somma di C 3.000 (tremila).

Art. 13

Allegati

1. Il contratto è redatto in triplice copia, di cui una da trasmettere alla Direzione Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale della Regione Lombardia a cura dell'ASL.

2. L'allegato 1 (o gli allegati) relativo (o relativi) al (budget annuale o al premio qualità) costituisce parte integrante del presente contratto.

Art. 14

Recepimento di disposizioni regionali e accordi applicativi

1. Le parti danno atto che il presente contratto si intende automaticamente modificato o integrato per effetto di sopravvenute disposizioni regionali il cui contenuto comunque deve essere formalmente reso noto dall'ASL all'ente gestore, con indicazione dei termini relativi alle diverse obbligazioni.

2. In tutti i casi in cui si rinvenga la necessità di apportare modifiche o integrazioni al presente contratto, per mezzo di clausole integrative, queste dovranno preventivamente essere sottoposte all'autorizzazione della Regione.

Art. 15

Norma di rinvio

1. Per ogni aspetto non disciplinato dal presente contratto si fa rinvio al codice civile e alla disciplina normativa di settore.

Letto, confermato e sottoscritto.

Data e luogo.

IL DIRETTORE GENERALE ASL IL LEGALE RAPPRESENTANTE DELL'ENTE GESTORE

----- • -----

Clausole da inserire nei contratti in relazione alle specifiche Unità d'offerta

Remunerazione delle prestazioni. Regole ed adempimenti specifici ad integrazione dei corrispondenti articoli del contratto tipo.

Lo schema tipo di contratto di accreditamento, proposto con il presente provvedimento, andrà integrato mediante l'inserimento di clausole specifiche dedicate a singole tipologie di Unità d'offerta.

«Oggetto»:

«Il Centro è aperto n. X giorni alla settimana, dal... al..., ed osserva il seguente orario di funzionamento: (descrizione). È prevista/non è prevista una chiusura per le vacanze, di n. X settimane nell'anno». **(a valere per C.D.D. e C.D.I)**

«Obblighi di carattere generale»

«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 ed alla adozione del codice relativo».

(a valere per le R.S.A. – R.S.D. ivi compresi i disabili ex D.G.R. n. 5000/2007)

«Sistema tariffario e pagamenti»

«Le assenze temporanee di tutti gli ospiti delle residenze, dovute a ricoveri ospedalieri, rientri in famiglia per festività, vacanze ecc., possono essere esposte come giornate di presenza entro il limite massimo di 15 giorni, a condizione che venga garantito all'ospite il mantenimento dello stesso posto letto che non deve essere occupato da altro utente durante. Il periodo di assenza». **(a valere per R.S.A. – R.S.D., disabili ex D.G.R. n. 5000/2007 e Comunità per Tossicodipendenti)**

«Le assenze temporanee degli ospiti dei CDD dovute a malattie, possono essere esposte come giornate di presenza entro il limite massimo di 10 gg consecutivi»;

(a valere per C.D.D. ivi compresi i disabili ex D.G.R. n. 5000/2007)

«Le assenze per ricoveri ospedalieri degli ospiti dei CDI, possono essere esposte come giornate di presenza entro il limite massimo di 15 giorni consecutivi».

(a valere per C.D.I. ivi compresi i disabili ex D.G.R. n. 5000/2007)

«Per i posti letto di sollievo accreditati messi a disposizione con il presente contratto, l'ASL si impegna al pagamento della tariffa base anche per i giorni nei quali i posti letto dovessero rimanere non occupati». **(a valere per R.S.A. – R.S.D.)**

«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». **(a valere per C.D.D. e C.D.I. ivi compresi i disabili ex D.G.R. n. 5000/2007)**

«Per i minori disabili, per i quali il programma personalizzato preveda un raccordo con la scuola, dove sono inseriti, e si renda necessario un intervento degli educatori del centro presso la scuola stessa, è possibile rendicontare la frequenza scolastica ai fini delle presenze e provvedere alla conseguente remunerazione». **(a valere per C.D.D.)**

«In caso di apertura giornaliera superiore alle 8 ore verrà riconosciuta la tariffa massima equivalente ad una giornata/persona, anche per un utente che ne usufruisca per poche ore. L'unico vincolo è che alla somma di più part-time che si alternano nella stessa giornata senza che ciò comporti uno splafonamento rispetto al n. di posti accreditati (purché non superino il totale delle ore di apertura giornaliera del servizio) verrà comunque riconosciuta una sola giornata/persona nella misura della tariffa massima prevista». **(a valere per C.D.I.)**

«Non saranno pagate prestazioni nei confronti di persone contemporaneamente assistite da altro servizio socio sanitario a meno che non sia certificata l'impossibilità da parte di tale servizio di erogare la prestazione in quanto non riconducibile ad una riabilitazione di mantenimento che la struttura deve garantire, a condizione che vi sia un piano riabilitativo sottoscritto dalla struttura riabilitativa con l'altra struttura socio sanitaria». **(a valere per Strutture di riabilitazione per persone già utenti di R.S.A., R.S.D. C.D.D., C.D.I.)**

«È riconosciuto il pagamento della prestazione relativa a regime diurno continuo, purché il ciclo sia stato svolto per almeno l'80%».

«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 D.G.R. n. 29480/1997 per l'accompagnatore, riconfermata con D.G.R. 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».

«Sono rendicontabili e remunerabili le prime visite cui segue una presa in carico riabilitativa in regime ambulatoriale o domiciliare ». **(a valere per le Strutture di riabilitazione)**

La certificazione delle rette ai fini fiscali

La certificazione avente ad oggetto il pagamento della retta e la sua composizione, a cura dei soggetti gestori, è stata introdotta dalla D.G.R. 21 marzo 1997, n. 26316, ai sensi della quale

la parte sanitaria della retta viene determinata al fine di consentirne la deduzione o la detrazione fiscale.

Infatti, la disciplina fiscale prevede espressamente che, in caso di ricovero di un anziano o di persona con invalidità civile riconosciuta o con handicap in istituto di assistenza non sia possibile portare in detrazione o deduzione l'intera retta pagata, ma solo la parte che riguarda le spese mediche e le spese paramediche di assistenza specifiche e a tal fine si prevede il rilascio di apposita attestazione da parte dell'istituto di assistenza.

I modelli unico e 730, con le relative istruzioni, sono approvati con provvedimento dell'Agenzia delle Entrate, pubblicato sulla G.U. (per l'anno 2006, si veda G.U. 8 febbraio 2007, n. 31).

Testualmente le istruzioni del rigo E1 colonna 2: «*In caso di ricovero di un anziano in un istituto di assistenza e ricovero la detrazione non spetta per le spese relative alla retta di ricovero e di assistenza, ma solo per le spese mediche che devono essere separatamente indicate nella documentazione rilasciata dall'istituto (nel caso di ricovero di anziano portatore di handicap vedere le istruzioni del rigo E21)*». Il rigo E21 tratta la deducibilità delle spese mediche della retta.

Quindi: un anziano non invalido ricoverato può detrarre le spese mediche della retta, mentre un anziano invalido (in genere non autosufficiente con o senza indennità di accompagnamento) può dedurre le spese mediche della retta.

In ogni caso, quindi, si dà atto che la retta è composta da una quota di costi sanitari.

I cedolini hanno una finalità meramente fiscale e costituiscono la prova che la retta è composta da una quota corrispondente ai costi sanitari. Se così non fosse, non avrebbero ragione di essere, poiché la disciplina fiscale prevede la deducibilità o detraibilità delle spese sanitarie sostenute, anche nell'interesse dei familiari, per il ricovero in un istituto di assistenza.

Le istruzioni per la compilazione del modello 730 prevedono espressamente l'obbligo della certificazione a carico dell'istituto.

Il principio trova fondamento nell'art. 10 (Oneri deducibili) del D.P.R. n. 917/86, di approvazione del T.U. delle imposte sui redditi.

In un parere reso dall'Agenzia delle entrate della Direzione regionale del Veneto in data 27 aprile 2004 pr. 907-7329, si legge testualmente: «*Con riferimento alle spese sostenute per il ricovero di un anziano in un istituto di assistenza e ricovero, le istruzioni per la compilazione dei modelli Unico 2004 e 730 2004 precisano che la detrazione, o deduzione, nei casi di anziani portatori di handicap, non spetta per la retta di ricovero, ma solo per le spese mediche e di assistenza specifica (cfr. la C.M. 12 maggio 2000 n. 95/E, punto 1.1.8.), indicate separatamente nella documentazione rilasciata dall'Istituto. Tanto premesso, non essendoci*

alcuna specifica indicazione in merito alle modalità di determinazione delle spese sanitarie, deducibili o detraibili ai sensi degli articoli 10 e 15 del D.P.R. 917/1986, si ritiene che la somma da indicare separatamente nella documentazione rilasciata agli ospiti delle strutture gestite da..., possa essere determinata sulla base dei rendiconti disposti ai sensi della normativa della Regione Veneto, adottando un criterio che determini in modo preciso e certo dette spese».

Quindi compete alla Regione fissare i criteri per la compilazione della dichiarazione e ciò è stato fatto con una deliberazione del 1997.

Gli enti gestori, a fronte del mancato pagamento delle rette, non possono che rivalersi sui soggetti che hanno assunto l'impegno contrattuale, ricordando che al momento dell'ingresso nella Unità d'offerta compete ai medesimi enti rilevare le condizioni che danno diritto all'eventuale integrazione economica della retta, ai sensi della disciplina in materia di ISEE, da parte del comune di residenza, che deve essere immediatamente informato.

In caso di mancato pagamento, l'integrazione economica della retta è un obbligo del comune, sussistendone i presupposti, e non degli enti del SSR, a cui compete far fronte ai costi di gestione nei limiti stabiliti dalla normativa sui Livelli Essenziali di Assistenza.

----- • -----

SCHEMA TIPO CONTRATTO INTEGRATIVO RELATIVO AL BUDGET

PREMESSO che:

1. con Deliberazione la Giunta Regionale ha, fra l'altro, approvato lo schema tipo di contratto da sottoscrivere tra l'ASL e i soggetti gestori per le Unità di offerta sociosanitarie;
2. in datatra l'ASL e gestore del, sito a in, si è stipulato un contratto secondo lo schema previsto per l'erogazione a seguito dell'accreditamento di n. posti / prestazioni;
3. con la deliberazione n. 2040 dell'8 marzo 2006, la Giunta regionale ha conferito alle singole ASL il mandato di sottoscrivere un contratto integrativo, conforme allo schema approvato, con tutti i soggetti gestori delle Unità di offerta;

DATO ATTO che:

le Parti, dopo approfondito esame di quanto indicato nella deliberazione e ne hanno condiviso le regole procedurali ed hanno raggiunto un accordo concernente le modalità applicative della negoziazione;

TUTTO CIÒ PREMESSO

Tra L'azienda sanitaria locale (ASL) con sede legale a in via n. codice fiscale, nella persona del direttore generale, legale rappresentante *pro-tempore*,, domiciliato per la carica presso la sede dell'ASL, con l'assistenza del direttore sociale; e l'ente gestore , con sede legale a in via , codice fiscale, nella persona del signor , in qualità di legale rappresentante *pro-tempore/ amministratore*, per l'Unità d'offerta sociosanitaria denominata, con sede a in via, codice di struttura n.;

Si conviene e si stipula, ad integrazione del contratto già stipulato tra le stesse parti in data le cui disposizioni rimangono in vigore per quanto non diversamente previsto dal presente atto integrativo:

Art. 1

Oggetto

Le presenti disposizioni, che avranno validità per l'esercizio..... fatta salva la facoltà di recesso di cui all'art. 11 dello schema di contratto sottoscritto, integrano il contratto già stipulato tra le stesse Parti in data.....

Art. 2

Ambito di applicazione

Le presenti disposizioni integrative al contratto si applicano relativamente all'erogazione di per tutti i cittadini residenti in Regione Lombardia e non solo alla quota relativa ai consumi dei residenti nella ASL di ubicazione della Unità d'offerta. Per quanto riguarda le prestazioni erogate nei confronti di pazienti provenienti da altre regioni, verranno remunerate a produzione effettiva, secondo le tariffe vigenti in Lombardia.

Le prestazioni relative ai pazienti proveniente da altre regioni non sono definite nel loro valore in quanto la funzione di tutela dei cittadini spetta alle relative regioni ed ASL di residenza che sono tenutarie della quota capitolaria, della regolamentazione dell'accesso ai servizi e della erogazione degli stessi. Ciò non significa altresì che queste prestazioni non debbano essere prestate secondo gli stessi criteri di appropriatezza e di reale necessità che guidano

l'erogazione dei servizi per i residenti lombardi e che le attività di controllo svolte dalle ASL sui propri erogatori riguardino anche l'appropriatezza e la correttezza delle prestazioni garantite a cittadini non residenti in Regione Lombardia.

Art. 3

Budget

Alla Unità d'offerta è destinato, per l'anno, un budget di C relativo all'erogazione

Al raggiungimento della predetta soglia di C, in assenza di previo accordo, non sarà riconosciuta la remunerazione delle prestazioni erogate a carico del bilancio della Regione Lombardia.

L'eventuale integrazione di risorse, sarà concordata per iscritto tra la ASL ed i soggetti accreditati e contrattualizzati coinvolti nella erogazione delle citate prestazioni, compatibilmente con il budget delle aziende ASL e sentita la Direzione Generale Famiglia Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale.

Del budget succitato, la quota del% pari a C è vincolata (ai sensi della deliberazione n. del) per il raggiungimento degli obiettivi aggiuntivi di qualità indicati nella tabella allegata, quale parte integrante e sostanziale del presente atto, previa valutazione dell'effettiva realizzazione di quanto in essa previsto (da valere per le Unità d'offerta aventi una destinazione vincolata di parte del budget).

Art. 4

Raggiungimento del valore di produzione assegnato

Le parti concordano che il raggiungimento del valore negoziato sarà valutato applicando ai volumi delle prestazioni erogate nel corso del le tariffe definite con deliberazione della Giunta regionale.

Letto, confermato e sottoscritto.

Data e luogo.

IL DIRETTORE GENERALE ASL IL LEGALE RAPPRESENTANTE DELL'ENTE GESTORE

(..omississ..)

Allegato 16

INDIRIZZI DI PROGRAMMAZIONE SOCIO SANITARIA

Efficienza, semplificazione, digitalizzazione e innovazione

La legge regionale 30/06, anche mediante le modifiche apportate dalla recente legge regionale 14/2010, ha definito la configurazione del sistema regionale, individuando gli enti che concorrono al raggiungimento degli obiettivi posti dalla programmazione regionale.

Le aziende sanitarie, quali enti del sistema regionale, devono pertanto improntare la loro attività ai principi che regolano l'azione amministrativa della regione, costituendo essi stessi lo strumento per la loro affermazione e concreta realizzazione.

L'efficienza, la semplificazione e l'innovazione (mediante anche i processi di digitalizzazione) della pubblica amministrazione hanno caratterizzato l'azione della regione Lombardia in questi 15 anni.

Ne sono una prova le profonde riforme, operate in sede legislativa, nell'ambito della semplificazione e della delegificazione dei rapporti tra cittadino-erogatore-aziende sanitarie.

Se è pur vero che le disposizioni di cui trattasi attengono all'attività propria della p.a., è obiettivo regionale che le regole della trasparenza, della sburocratizzazione, della semplificazione trovino espressione in ogni ambito dell'erogazione di un servizio pubblico sociale o sociosanitario e quindi diventino elemento costitutivo dell'attività anche dei soggetti erogatori accreditati.

Nell'ambito del settore in esame, si individuano, per l'anno 2011, le seguenti **azioni a carico delle ASL:**

a) Applicazione puntuale delle disposizioni della legge 69/09, con specifico riferimento alle strutture dei dipartimenti ASSI e Dipendenze: in quest'ambito le ASL sono tenute a trasmettere entro il 28 febbraio 2011 una certificazione attestante l'attuazione delle norme di legge, entro il 30 giugno 2011 la segnalazione delle relative criticità e gli strumenti per il loro superamento.

b) Concreta applicazione, nell'ambito della direzione sociale, del dipartimento ASSI e del Dipartimento Dipendenze, del principio di separazione dei compiti di alta amministrazione (programmazione e controllo) dai compiti propri dei dirigenti, che non può costituire un mero esercizio formale, ma trova effettiva traduzione in processi di valorizzazione e

responsabilizzazione di questi ultimi, nell'ambito di una revisionata organizzazione aziendale. In questa prospettiva, va affermata l'autonomia tecnico-funzionale dei dipartimenti, sotto il coordinamento del direttore sociale, fermo restando il rapporto gerarchico funzionale rispetto al Direttore Generale dell'Azienda.

c) Digitalizzazione dei rapporti tra ASL ed erogatore privato a contratto con estensione: dell'impiego della posta elettronica certificata, della firma digitale, della possibilità di interrogare la p.a. sullo stato delle pratiche. Contestualmente, capacità del soggetto erogatore di assicurare con le persone assistite e le loro famiglie, o comunque di prevedere, sistemi di comunicazione che, rispettosi delle regole sulla privacy, comportino il minor dispendio di tempo e un'efficace comunicazione.

d) Previsione di sistemi in grado di rendere trasparenti i fattori che concorrono a determinare il costo dei servizi e delle prestazioni sociosanitarie, le modalità di accesso alle Unità d'offerta e la composizione delle rette, anche mediante la presentazione di un apposito progetto presso tutti i soggetti accreditati.

e) Sempre riguardo alle disposizioni previste dalla legge regionale 30/06, è fatto obbligo a tutte le ASL di tenere costantemente informata la D.G. Famiglia in ordine al contenzioso che dovesse essere instaurato in materia di rette di ricovero in Unità d'offerta sociosanitarie e in ogni altra materia che possa comportare rischi per il sistema regionale sia in termini di maggiori costi sia in termini di alterazione delle vigenti regole. Le segnalazioni dovranno pervenire agli uffici della Direzione in tempo utile per una valutazione congiunta della controversia ai fini di un eventuale intervento in giudizio della regione.

f) Nell'ambito della semplificazione organizzativa, tutte le funzioni e attività dell'ASL appartenenti al sistema sociosanitario e sociale vanno ricondotte alla direzione sociale, al dipartimento ASSI e al dipartimento delle Dipendenze, non potendosi più ammettere dipendenze funzionali o gerarchiche delle strutture operative in questione da altri dipartimenti o direzioni aziendali con la sola esclusione delle funzioni di vigilanza e controllo. Vanno inoltre soppresse, nello spirito della semplificazione organica di cui al D.LGS. 150/09, strutture soprattutto di tipo dirigenziale adibite a compiti propri della direzione sociale e dei relativi dipartimenti. In ogni caso va data assoluta priorità al personale dirigenziale interno, evitando di ricorrere a rapporti di lavoro dirigenziale a tempo determinato o flessibile. Per il personale precario, andranno realizzati processi di stabilizzazione secondo gli indirizzi che saranno dettati dalla regione Lombardia.

Sussidiarietà , parternariato, cooperazione interistituzionale

Con le D.G.R. 30 luglio 2008 n. 7797 e n. 7798 sono stati costituiti i tavoli regionali di consultazione dei soggetti del terzo settore, degli enti locali, delle organizzazioni sindacali, degli enti erogatori e sono stati forniti gli indirizzi operativi per la costituzione e l'organizzazione dei tavoli locali.

La partecipazione dei soggetti del terzo settore, degli enti locali e degli altri soggetti interessati ai processi che informano la programmazione regionale e locale non costituisce un mero adempimento formale, ma un'occasione di arricchimento e di rafforzamento dell'azione della pubblica amministrazione, in quanto si è consapevoli che più un processo è condiviso più questo ha possibilità di tradursi in atti e comportamenti in grado effettivamente di produrre un cambiamento.

La partecipazione, secondo le previsioni del PRS, non può limitarsi alla semplice comunicazione delle iniziative in programma, ma nella capacità di raccogliere e tradurre le domande dei singoli cittadini, delle loro associazioni o rappresentanze. L'obiettivo è di passare dal rapporto con il cittadino-cliente al coinvolgimento del cittadino come co-protagonista, insieme all'istituzione, di un cambiamento nel modo di gestire la cosa pubblica.

In particolare, il rapporto con i soggetti del terzo settore non potrà limitarsi a forme di partenariato o di affidamento dell'erogazione di servizi, ma di forte collaborazione nella fase della programmazione o della progettazione della rete delle Unità d'offerta.

È sotto questo profilo che i tavoli di consultazione devono trasformarsi in tavoli di programmazione e progettazione informata e condivisa.

Allo stesso modo va riesaminato il rapporto tra ASL e Enti Locali.

La legge regionale n. 3/08 ha completamente rivisto questo livello della sussidiarietà verticale, rafforzando il ruolo dei Comuni sia nella programmazione delle politiche sociali locali sia nel concorso alla progettazione della rete locale socio-sanitaria.

Basti pensare che l'articolo 14 comma 1 lett. a) della l.r. stabilisce che la programmazione locale delle Unità d'offerta socio-sanitarie avvenga in armonia con le linee di indirizzo formulate dai comuni attraverso la conferenza dei sindaci. D'altro canto, lo stesso articolo prevede l'obbligo delle ASL di collaborare con i comuni nella programmazione della rete locale delle Unità d'offerta sociali.

Il riconoscimento di un ruolo attivo ai comuni nell'ambito della rete socio-sanitaria ha portato il legislatore regionale a prevedere anche un apposito ufficio a servizio della conferenza dei sindaci e delle assemblee di distretto.

Occorre pertanto definire l'attuale livello di applicazione delle disposizioni normative, individuando le seguenti **azioni a carico delle ASL**:

- a) monitoraggio dello stato di organizzazione e funzionamento dei tavoli locali;
- b) revisione o nuova approvazione di regolamenti per il funzionamento dei tavoli, che assumeranno la denominazione di tavoli di partecipazione dei soggetti del terzo settore e degli erogatori accreditati, la cui approvazione avverrà con atto del direttore generale su proposta del direttore sociale che può essere delegato ad assumere la presidenza dei tavoli;
- c) effettiva costituzione dell'ufficio di supporto alla conferenza dei sindaci e all'assemblea di distretto, senza oneri aggiuntivi per l'ASL, e sua organizzazione ad opera del direttore sociale, in conformità a una preventiva deliberazione del consiglio di rappresentanza: l'ufficio dipende funzionalmente dal solo presidente della conferenza dei sindaci ed è composto almeno da una figura della carriera direttiva esperta in materia amministrativa o sociosanitaria e da personale di supporto. Il responsabile dell'ufficio partecipa alle assemblee di distretto e alla conferenza dei sindaci con funzioni di assistenza tecnico-giuridica al presidente.

L'ufficio ha accesso a tutti gli atti utili per il corretto funzionamento degli organismi in questione.

La Direzione Sociale

L'esperienza maturata in questi anni impone una riflessione organica e strutturata sull'assetto organizzativo, sul ruolo, sulle competenze rivestite dal Direttore Sociale e dai Dipartimenti ASSI e Dipendenze, sulle relazioni di coordinamento e integrazione con gli altri livelli di competenza e di organizzazione che nel SSR si occupano di governo dei servizi sociali e di coordinamento del territorio nell'area sociosanitaria e sociale.

La Direzione Sociale ed i Dipartimenti ad essa afferenti sono oggi un punto di riferimento fondamentale per l'indirizzo del sistema sociosanitario e per la sua integrazione con il sistema sociale, e devono fungere sempre più da integratori della domanda di welfare, secondo matrici di responsabilità, espressa dal cittadino, coordinando più il bisogno che nasce dalla domanda che le criticità poste dall'offerta.

In particolare il PRS nel capitolo riguardante l'innovazione della rete dei servizi stabilisce che siano dettate nuove direttive alle ASL, finalizzate a rispondere in efficacia e appropriatezza al bisogno della persona, della famiglia e della comunità.

Al fine di consentire il raggiungimento degli obiettivi le Direzioni Generali delle ASL dovranno:

- assegnare alla Direzione Sociale adeguate risorse finanziarie, umane ed organizzative;

- procedere alla revisione dei Piani di Organizzazione Aziendale delle ASL, riorganizzando la Direzione Sociale, con l'obiettivo di rispondere in modo efficiente, appropriato, efficace ed integrato ai bisogni delle persone e delle famiglie.

In tale ottica le ASL, fermo restando le competenze del Direttore Generale dell'Azienda nel processo di revisione organizzativa dovranno adeguarsi ai seguenti criteri:

a. riconduzione all'interno della Direzione Sociale delle articolazioni organizzative afferenti alla:

- programmazione, progettazione, realizzazione della rete sociosanitaria,
- programmazione delle Unità d'offerta sociali;
- negoziazione e contrattualizzazione delle Unità d'offerta sociosanitarie;

b. focalizzazione dell'organizzazione della direzione sociale alla relazione con il territorio;

c. semplificazione e trasparenza del percorso di accesso alla rete dei servizi da parte delle persone, della famiglia e della comunità ;

d. integrazione degli interventi delle reti socio sanitaria e sociale;

e. coordinamento degli interventi in materia di conciliazione, famiglia e lavoro in raccordo con la programmazione territoriale.

Gli atti concernenti la programmazione sociosanitaria e sociale sono assunti dal Direttore Generale, su proposta del Direttore Sociale.

La Direzione Generale Famiglia, conciliazione, integrazione e Solidarietà sociale promuove e garantisce il coordinamento dell'attività dei Direttori Sociali delle ASL.

La formazione

La formazione per gli operatori del welfare lombardo assume nel 2011 specifica rilevanza per l'accompagnamento e il supporto alla diffusione e alla realizzazione degli obiettivi del PRS, con particolare riferimento alla riforma del welfare lombardo.

Il nuovo sistema di welfare richiede agli operatori il rafforzamento e il riorientamento delle proprie competenze verso lo sviluppo delle capacità di programmazione e di lettura integrata del bisogno sociosanitario e sociale.

La formazione è quindi intesa come uno degli strumenti attraverso il quale contribuire concretamente al cambiamento.

Il sistema formativo è oggi prevalentemente orientato ai professionisti di area sanitaria: estendere l'accreditamento ECMCPD alle iniziative formative in area sociosanitaria e sociale porta a qualificare ulteriormente i servizi e le professioni, a rapportarsi in maniera più stretta con il territorio e a sentirsi parte integrante del sistema. L'introduzione di percorsi ECM-CPD per le professioni sanitarie del welfare, con l'attribuzione dei relativi crediti, rappresenta l'avvio di un processo professionale continuo che valorizza le risorse professionali e le qualifica.

Le collaborazioni con il terzo settore

Il PRS individua tra i capisaldi del modello ispirato alla sussidiarietà il rafforzamento del terzo settore secondo un'evoluzione che superi il ruolo di meri erogatori di servizi.

Da anni è in atto una mutazione delle forme organizzative delle pubbliche amministrazioni a qualsiasi livello, da quello centrale a quello locale: amministrazione di risultati, partnership pubblico-privati, amministrazione per accordi, sono solo alcune delle parole chiave di questo processo. In tale contesto, i servizi alla persona occupano certamente un ambito di rilevante interesse per le amministrazioni locali, tenuto conto della mutata composizione sociale della nostra società e di una richiesta sempre maggiore, sia per quantità che per qualità dei tradizionali servizi di welfare.

I cambiamenti in corso suggeriscono, a tutti i livelli di governo e segnatamente a quelli titolari delle relative funzioni amministrative, di innovare e sperimentare recependo il patrimonio di esperienza che è presente e attivo sul proprio territorio e valorizzando le reti del privato sociale che si vanno strutturando.

È urgente quindi ripensare agli strumenti di raccordo tra terzo settore e pubblica amministrazione nell'attuazione delle politiche sociali tenendo conto della specificità di tali servizi; occorre in altri termini, innanzitutto, rinsaldare quell'alleanza strategica con il privato sociale cosicché amministrazioni pubbliche e terzo settore concorrano responsabilmente, ciascuno secondo i propri compiti e funzioni, e preservando le proprie specificità, nell'attuazione delle politiche per il bene comune.

Le linee guida regionali hanno come obiettivo la valorizzazione del terzo settore, nell'ambito della gestione, della sperimentazione e della promozione dei servizi alla persona, a maggior ragione quando ciò avvenga attraverso forme di regolazione delle reti locali composte da attori diversi (enti locali, aziende sanitarie, terzo settore, ma anche soggetti *for profit*).

Sotto questo profilo, oltre a quanto già affermato in tema di partecipazione alla programmazione, si individuano le seguenti **azioni a carico delle ASL**:

1. approvazione di un protocollo operativo di applicazione delle linee guida regionali;

2. predisposizione di un programma di attività che consenta di individuare tutti gli ambiti di collaborazione con i soggetti del terzo settore, prevedendo comunque sempre percorsi condivisi di decisione;

3. avvio di collaborazioni con il terzo settore in relazione ai compiti dell'UPT, dell'ufficio di protezione giuridica e, in generale, in tutti gli ambiti in cui trovi espressione una funzione di supporto o di consulenza alle persone e alla famiglia.

Conclusione delle gestioni dirette di RSA, RSD, CDI, CDD

La riforma del sistema sanitario lombardo è stata caratterizzata dalla netta separazione dei compiti di produzione dei servizi e di erogazione delle prestazioni socio sanitarie dai compiti di programmazione, accreditamento e vigilanza.

Il principio, sia con la stessa l.r. 31/97 e poi ancora meglio con la l.r. 3/08, ha trovato espressione e concreta applicazione anche nel settore sociosanitario.

Ciò nonostante, in alcune situazioni locali, le ASL continuano a gestire direttamente Unità d'offerta sociosanitarie soggette ad accreditamento.

La previsione per l'anno 2011 mira al superamento di questo sistema, mediante un processo di esternalizzazione, che dovrà essere adeguatamente monitorato a livello regionale e soggetto a precisi programmi e progetti di intervento ad opera delle ASL.

Tenuto conto che alcune di queste tipologie di Unità d'offerta hanno conosciuto negli anni passati un processo di trasformazione che ha portato alla loro attuale qualificazione, pur provenendo da una originaria delega di funzioni sociali dei comuni alle ASL, si ritiene che per queste, in primo luogo, occorrerà prevedere la loro restituzione ai Comuni di provenienza oppure ai soggetti pubblici a cui i Comuni dell'ambito hanno affidato la gestione di Unità d'offerta sociali.

In questi casi, il trasferimento (vera e propria cessione dell'Unità d'offerta con relativo patrimonio immobiliare e mobiliare, finanziamenti concessi e personale dedicato) potrà avvenire solo se richiesto dai comuni previa adeguata istruttoria da condurre a cura dell'ASL nell'ambito di specifiche conferenze di servizi. Il parere del Consiglio di rappresentanza dei sindaci e della assemblea di distretto interessata sono vincolanti. Sarà cura dell'ASL gestire i necessari rapporti con le organizzazioni sindacali.

Nelle altre situazioni e comunque in caso in cui i comuni non intendessero esercitare l'opzione loro riconosciuta, la cessione delle Unità d'offerta potrà avvenire mediante il ricorso a collaborazioni con il terzo settore, comunque facendo ricorso a forme di selezione pubblica, oppure mediante affidamento del servizio ad ASP esistenti, mediante la richiesta alla regione di

costituzione di nuove ASP, ed infine, mediante la costituzione di fondazioni ai sensi di quanto previsto dall'art. 6 comma 3° della l.r. 33/09 (T.U. leggi sanitarie lombarde).

Per l'attuazione di questo processo, si individuano le seguenti **azioni a carico delle ASL**:

- Ricognizione entro il 30 marzo 2011 di tutte le Unità d'offerta sociosanitarie a gestione diretta (intendendosi le Unità d'offerta di cui l'Asl sia titolare di accreditamento o proprietaria dell'immobile).
- Presentazione alla D.G. Famiglia entro il 30 giugno 2011 del programma di cessione della/e Unità d'offerta individuate, che sia stato preventivamente assentito dagli organismi rappresentativi degli enti locali e, nei casi di restituzione ai comuni, sia corredato da un protocollo di intesa tra ASL e comune; il programma dovrà essere corredato da relazioni tecniche e gestionali complete.
- Avvio della istruttoria a cura della D.G. Famiglia (di concerto con la D.G. Sanità per gli aspetti relativi al patrimonio immobiliare e al personale) per il rilascio di specifica autorizzazione alla cessione.

Allegato 17

GLI INTERVENTI SOCIO SANITARI A SOSTEGNO DELLA FAMIGLIA

Le modificazioni – avvenute in questi ultimi anni – nella struttura sociale, la crisi economica, le manifestazioni di una debolezza dei valori educativi, il progressivo invecchiamento della popolazione, la cronicizzazione delle malattie, sono solo alcuni dei fattori che favoriscono da un lato, l'aumento di fasce «fragili» di popolazione, e dall'altro l'emergere di bisogni più articolati e complessi da parte sia dell'individuo che della famiglia.

Si rende perciò necessario un ripensamento della rete sociale e socio sanitaria che rimetta al centro la persona e la sua famiglia nella prospettiva di garantire, all'interno di una rete territoriale integrata di servizi sociali e socio sanitari, interventi flessibili che le sostengano in un ruolo attivo per la costruzione del proprio percorso di vita. È sempre più necessario, quindi, un approccio integrato, multidisciplinare, dinamico e olistico nella direzione del «prendersi cura». La sussidiarietà orizzontale, delle reti familiari e del Terzo settore, è elemento paradigmatico per gestire la complessità di tale sistema.

A) AREA DEI CONSULTORI

Come previsto dal PRS la famiglia è posta al centro delle politiche regionali attraverso azioni che sostengano il suo ruolo attivo nella costruzione del percorso di vita. Tutto ciò potrà trovare realizzazione attraverso un sistema territoriale a rete che, essendo vicino alla famiglia nella globalità dei suoi bisogni, possa raccogliergli le richieste e i bisogni offrendo soluzioni in tempo reale.

I consultori familiari pubblici e privati accreditati costituiscono il nodo fondamentale della complessiva rete di servizi ed interventi a favore della famiglia nel suo ruolo generativo e di cura.

È necessario pertanto prevedere un rinnovamento della *mission* dei consultori, affinché diventino veri centri per la famiglia in grado di assicurare la presa in carico globale di tutte le problematiche che attengono le famiglie in senso lato.

Al fine di realizzare quanto citato, è necessaria una profonda revisione delle competenze, delle funzioni e del modello organizzativo dei consultori, anche attraverso la creazione ed il consolidamento di una nuova rete di relazioni con Enti locali, Aziende Ospedaliere (AO), Tribunali per i minorenni, Organismi del Terzo Settore, Reti familiari e Centri di aiuto alla vita (CAV), formalizzate con protocolli operativi di collaborazione, che consenta di superare la parzialità e frammentarietà delle azioni ad oggi fornite, assicurando oltre alle prestazioni già erogate:

- ascolto, orientamento, supporto e sostegno psicopedagogico alle famiglie nell'assolvimento dei propri compiti educativi sia di carattere sociale che socio sanitario;
- presa in carico delle problematiche delle famiglie con figli minori con particolare riferimento alla loro tutela, in collaborazione con gli enti preposti;
- valutazione, accompagnamento e preparazione delle famiglie all'affidamento e all'adozione;
- prevenzione, valutazione psicodiagnostica e presa in carico dei minori vittime di violenza, maltrattamenti e abusi in ordine agli interventi sanitari e socio sanitari;
- prevenzione delle interruzioni volontarie di gravidanza e sostegno alla nascita ed al puerperio, in collaborazione con i CAV, le AO e gli Enti locali ed il Terzo Settore.

Azioni previste a carico delle ASL per l'anno 2011:

- rafforzamento e razionalizzazione della rete dei servizi e degli interventi a favore della famiglia attraverso la stesura di protocolli operativi di collaborazione tra consultori pubblici e privati accreditati ed Enti locali, A.O., Tribunali per i minorenni, Organismi del Terzo Settore,

Reti familiari e Centri di aiuto alla vita, che integri l'azione di presa in carico globale della famiglia;

- formazione del personale dei consultori pubblici privati accreditati orientata alle nuove competenze e funzioni, all'integrazione tra i diversi attori e alla realizzazione dei protocolli operativi di collaborazione e alla conoscenza delle misure e degli strumenti innovativi (es. Dote formazione e della Dote lavoro, fondo affitti) quale elemento strategico delle azioni tese alla migliore ed integrata risposta ai problemi della donna e della famiglia, anche in relazione alle situazioni di povertà conseguenti alle separazioni in presenza di figli minori;
- riconduzione all'interno dei consultori, anche con specifiche articolazioni degli stessi, delle attività di valutazione e preparazione delle famiglie al percorso adottivo e dell'affido;
- sperimentazione, dal secondo semestre, in almeno due consultori familiari, della funzione di ascolto, orientamento e supporto psicopedagogico.

B) AREA DELLE DIPENDENZE

Il fenomeno del consumo e dell'abuso di droga presenta oggi a tutti i livelli elementi di complessità e di novità che si collocano all'interno del continuo e rapido mutamento dello scenario socio-culturale e delle condizioni di vita.

La diffusione di droghe e dei fenomeni di uso e abuso di sostanze lecite o illecite è il risultato di complessi eventi dinamici fortemente correlati ai mutamenti del contesto sociale che incidono profondamente sui comportamenti di consumo e sugli stili di vita.

L'attuale mercato delle droghe e delle sostanze d'abuso ha rotto i confini del disagio e dell'emarginazione per rivolgersi trasversalmente ad ampie fasce di popolazione. L'uso di droga interessa tutti gli strati sociali; l'uso attuale di sostanze «performanti» (cocaina, anfetamine, ecc.) è, infatti, più compatibile con la vita quotidiana, anche lavorativa e, di conseguenza, vi è una minore percezione del rischio. Alcune sostanze (cannabis, cocaina) poi, sono percepite, in particolare dalle persone più giovani, come innocue, come accade per l'alcol. In Lombardia sempre più ampi segmenti di popolazione sono direttamente coinvolti in una dimensione sociale e culturale che non solo non ostacola e argina il fenomeno, ma lo normalizza all'interno di una «diffusa tolleranza» dell'uso di droghe, legali e illegali, differenziato secondo il contesto e della necessità di ogni singolo individuo.

Il fenomeno dei consumi di sostanze, nella sua necessaria differenziazione tra uso, abuso e dipendenza, chiede quindi di superare le logiche tradizionali che hanno sin qui accompagnato lo sviluppo dei servizi introducendo, in particolare per i giovani consumatori, modelli di contrasto più aderenti ai nuovi bisogni.

Le evidenze rilevano che il problema ha assunto caratteri di tipo intergenerazionale e interculturale e che, pertanto, richiede un approccio sistemico, capace di intervenire e modificare le relazioni e le interazioni tra individui di diverse età , provenienze, *status* socio-economico e appartenenza culturale.

Gli stili di vita delle persone, per essere modificati, hanno bisogno di interventi sia a livello individuale sia per gruppo di appartenenza, e – per essere mantenuti – richiedono un sostegno culturale diffuso nell'ambiente di riferimento. Occorre pertanto, per la tutela della salute, costruire un approccio che consideri i soggetti in costante interazione con il proprio ambiente di vita e che permetta di promuovere cambiamenti significativi rispetto ai fattori di rischio e di disagio, potenziando e sviluppando le risorse esistenti nei contesti e negli individui.

L'azione preventiva, realizzata secondo modelli riconosciuti e validati a livello internazionale, deve dunque essere estesa, in un'ottica sistemica, a tutti gli ambiti e i contesti di vita, quali per esempio la famiglia, il territorio, le comunità , le scuole, i luoghi di lavoro, le aggregazioni informali, i luoghi del divertimento, ecc. Ciò consente di sviluppare una strategia complessiva di intervento verso comportamenti e stili di vita individuali e collettivi e di promuovere azioni di contrasto al diffondersi di atteggiamenti «di tolleranza» verso l'uso di droghe, legali e illegali, a favore di una maggiore responsabilità , delle persone e delle comunità , nella tutela della propria salute.

Occorre, quindi, stabilizzare e migliorare l'offerta preventiva in ogni ordine e grado scolastico adottando e diffondendo standard di qualità per gli interventi.

L'aggregazione giovanile, al pari della Comunità , è luogo di confronto e di acquisizione di responsabilità .

Azioni previste a carico delle ASL per l'anno 2011:

- portare a completamento la costituzione del Dipartimento gestionale delle dipendenze anche con la composizione degli Organi del Dipartimento previsti;
- predisporre, su proposta della Direzione Sociale, il Piano locale per la prevenzione delle dipendenze, comprendente le priorità per il biennio, le tipologie di intervento, le azioni da attuare ecc., in coerenza con le indicazioni contenute nelle Linee Guida regionali per la prevenzione delle dipendenze e coinvolgendo i diversi soggetti gestori di Unità d'offerta del sistema dipendenze del proprio territorio;
- attuare, nel territorio di ciascuna ASL, i Programmi Preventivi Regionali con particolare riferimento all'ambito scolastico.

C) AREA DELLA NON AUTOSUFFICIENZA

Attualmente in Lombardia vi sono più di 900.000 ultrasettantacinquenni e la previsione, per i prossimi anni, è di un incremento annuo di circa 28.000 persone.

Non solo gli anziani sono in aumento, ma è anche notevolmente cambiata la loro condizione di vita. L'incremento, nelle fasce più anziane della popolazione, della non autosufficienza pone in rilievo un'articolazione dei bisogni cui consegue la necessità di ripensare le politiche del welfare socio sanitario in un'ottica anche di ricollocazione appropriata delle risorse. L'attenzione deve essere posta anche alla continuità delle cure e dell'assistenza nelle diverse condizioni di fragilità. Tutto ciò porta inevitabilmente ad una riqualificazione complessiva dell'area socio sanitaria che si occupa di **Lungoassistenza**, prevedendo interventi che diano una maggior appropriatezza all'offerta attraverso l'integrazione delle risorse economiche e professionali a livello territoriale e attraverso il coinvolgimento del Terzo Settore.

In tal senso appare opportuno individuare strumenti omogenei per la definizione di non autosufficienza sulla base dei quali stabilire in modo oggettivo le risorse adeguate da impiegare.

Occorre perciò valorizzare:

- la **centralità del territorio** nella valutazione, nell'assistenza della non autosufficienza e delle patologie cronico degenerative globalmente intese,
- tenere sempre **al centro la persona, la famiglia** e la qualità dell'assistenza erogata;
- offrire una modalità nuova di **accoglienza e ascolto** per intercettare e «agganciare» anche le situazioni più fragili che si nascondono dietro bisogni a volte non espressi.

Il modo più appropriato di risposta a bisogni articolati si concretizza in una nuova capacità di risposte flessibili attraverso la realizzazione di percorsi assistenziali che garantiscano la continuità degli interventi. Percorsi in grado di garantire, oltre che assistenza continua, anche ascolto, orientamento e accompagnamento, elementi propri del «**prendersi cura**», che stanno alla base di ogni risposta efficace ed efficiente nei confronti delle istanze della persona non autosufficiente e della sua famiglia.

Azioni previste a carico delle ASL per l'anno 2011:

- rivedere e potenziare gli strumenti di informazione attraverso la promozione di punti informativi visibili e accessibili per le famiglie anche all'interno delle Aziende Ospedaliere e delle strutture private accreditate sanitarie e socio sanitarie;

- promuovere e sostenere all'interno di sistemi premianti la mutualità familiare che favorisce lo scambio di informazioni ed esperienze tra famiglie che vivono situazioni analoghe nell'assistenza a persone affette da demenza, in particolare da Alzheimer, assistite a domicilio o in strutture residenziali
- concordare con le strutture sanitarie e socio sanitarie protocolli di dimissione protetta e di trasferimento tra le diverse Unità d'offerta a garanzia della continuità dell'assistenza;
- favorire e promuovere la rete territoriale della semi-residenzialità;
- promuovere, in conformità a indicazioni regionali, la diversificazione dell'offerta in risposta ai bisogni complessi (Stati vegetativi, SLA, ecc.) del proprio territorio;
- assicurare che le strutture socio sanitarie garantiscano la formazione continua e l'aggiornamento degli operatori migliorandone la professionalità e aumentando la qualità dell'assistenza.

D) AREA DELLA DISABILITÀ

Da ricerche recenti emerge che le persone con disabilità e le loro famiglie, a fronte di un giudizio complessivamente positivo sui servizi esistenti e sulle competenze degli operatori delle diverse Unità d'offerta, chiedono di essere meglio ascoltate, informate, orientate e aiutate nelle scelte che riguardano il proprio percorso di vita sin dal momento della diagnosi. Viene altresì evidenziata, sul territorio regionale, una carenza di integrazione tra le istituzioni e i servizi con conseguente frammentazione degli interventi resi dai diversi soggetti, istituzionali e non, della rete.

Spesso la persona e la sua famiglia sono lasciate sole con il compito di integrare questa carenza e ricercare risposte. Occorre quindi rimettere al centro la persona e i suoi bisogni.

Se si sposta, infatti, l'attenzione sulla persona, e non sull'offerta di servizi, si capisce subito che non basta garantire singoli interventi di qualità, ma che bisogna ascoltarla ed affiancarla lungo tutto il percorso, soprattutto se l'obiettivo è di renderla più consapevolmente e responsabilmente partecipe non solo del processo di assistenza, ma anche di quello di vita. L'approccio alla disabilità deve sempre più integrare aspetti specificatamente sanitari all'interno di una visione più ampia che abbraccia anche le componenti sociali.

Questa impostazione è fondata sul principio che una disabilità non è un attributo intrinseco della persona, ma piuttosto, il risultato di una complessa interazione tra lo stato di salute, le attività e le relazioni, prodotta dal contesto ambientale e sociale in cui la persona vive.

Occorre promuovere e sviluppare un **modello sinergico** che tenga conto degli interessi, delle richieste e delle necessità della persona con disabilità, che privilegi il suo mantenimento nel contesto di vita a tutela della **continuità assistenziale**. La rete integrata di interventi, servizi, opportunità deve avere caratteristiche di flessibilità, funzionale ed organizzativa, adeguate alle diverse esigenze delle famiglie e dei disabili per una efficace realizzazione del «**prendersi cura**».

La Direzione Generale Famiglia Conciliazione, Integrazione e Solidarietà sociale ha promosso la stesura del «Piano d'Azione Regionale in favore delle persone con disabilità» di prossima emanazione che affronta in maniera trasversale e integrata il tema della persona con disabilità e della sua famiglia. In questo contesto sarà chiarito il disegno organico di connessione funzionale tra i diversi attori del sistema, individuando ruoli e responsabilità specifiche.

Azioni previste a carico delle ASL per l'anno 2011:

- attivazione della funzione di regia interistituzionale dei processi di presa in carico che coinvolga i Comuni, le Province, le Istituzioni scolastiche, le realtà del Terzo Settore attive nella gestione dei servizi e le Associazioni di rappresentanza delle persone con disabilità e delle loro famiglie;
- sviluppo del ruolo svolto dai consultori nell'ascolto, orientamento, supporto e sostegno alle persone con disabilità e alle loro famiglie;
- elaborazione del piano di intervento locale coerente con le linee regionali definite con il Piano d'Azione Regionale per le politiche per le persone con disabilità ;
- sottoscrizione di almeno un protocollo d'azione interistituzionale, a livello distrettuale, teso a superare la frammentazione della rete d'offerta dei servizi e degli interventi, che preveda l'adozione del linguaggio dell'ICF da parte della rete dei servizi, la sperimentazione di percorsi semplificati per razionalizzare e riorganizzare i diversi punti di accesso presenti sul territorio e attività formative e di comunicazione conseguenti e coerenti con i cambiamenti attesi;
- attivazione di strumenti per il coordinamento delle azioni comunali a sostegno dei progetti di vita indipendente promossi dalle persone con disabilità e dalle loro famiglie.

E) RIQUALIFICAZIONE E FLESSIBILITÀ DELLA RETE DEGLI INTERVENTI SOCIO SANITARI

Come sopra descritto, le persone non autosufficienti in età anziana e quelle con disabilità necessitano di una «presa in carico» globale che deve diventare il fulcro delle politiche e degli

interventi. Essa non può essere ridotta a una sommatoria di prestazioni, ma deve trasformarsi in un percorso capace di creare un circolo virtuoso che parta dall'ascolto della domanda e che offra unitarietà e continuità nella risposta, eliminando l'attuale frammentazione del sistema dei servizi.

In particolare, per quanto concerne la **riqualificazione** della rete degli interventi e servizi socio-sanitari si opererà per:

- procedere allo sviluppo di interventi alla persona che siano a tutela della continuità assistenziale;
- sviluppare e qualificare, pur in presenza di una significativa rete territoriale di assistenza domiciliare socio sanitaria e sociale (che ad oggi costituisce un punto di riferimento sicuro per il cittadino) la rete dell'assistenza domiciliare sinergica, globalmente intesa, nell'intento di rispondere anche ai bisogni complessi ed articolati in tutte le fasi di intensità assistenziale, realizzando una presa in carico integrata e continuativa;
- rimodulare la risposta residenziale socio sanitaria nella fase di lungoassistenza attraverso la diversificazione dei livelli di assistenza sulla base di:
 - bisogni ad elevata complessità assistenziale (stati vegetativi, SLA, stati di minima coscienza, gravi disabilità);
 - bisogni correlati alla continuità assistenziale territoriale a medio-bassa complessità a valenza socio sanitaria e sociale;
 - bisogni correlati ad una «fragilità » prevalentemente sociale;
- promuovere sperimentazioni di flessibilità dei servizi diurni a sostegno della famiglia e dell'inclusione sociale in risposta a bisogni di persone con problemi di disabilità , di dipendenza o comunque in condizione di fragilità .

Assistenza Domiciliare Integrata

L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) costituisce senza dubbio un intervento rilevante e fondamentale per il benessere delle persone, consentendo la permanenza a casa, evitando il ricovero improprio in strutture sanitarie o socio sanitarie di lungoassistenza.

Contestualmente, essa è centrata sull'attenzione alla famiglia e alla tutela della vita in tutte le sue fasi, con priorità ad interventi di supporto in situazioni di specifica difficoltà .

Caratteristica dell'ADI è l'erogazione di prestazioni socio sanitarie, che coinvolgono e integrano l'area medica, infermieristica, riabilitativa, di aiuto infermieristico/assistenza tutelare, volta a

garantire la continuità degli interventi ospedalieri specialistici e territoriali, socio sanitari e sociali, alla prevenzione/limitazione del declino funzionale, al miglioramento della qualità della vita quotidiana.

Obiettivi prioritari da conseguire sono:

- la **riforma** del sistema di erogazione dell'ADI;
- lo sviluppo di **nuovi modelli di assistenza integrata** a domicilio che prevedano il consolidamento e potenziamento dei livelli di erogazione delle attività attraverso una qualificazione degli interventi professionali a domicilio in termini di:
 - **qualità** delle prestazioni (formazione del personale che opera a domicilio con particolare riguardo alla gestione dei pazienti complessi);
 - **quantità** delle prestazioni potenzialmente erogabili per livelli di complessità dei bisogni (fornire **tutti gli interventi** necessari a supporto della presa in carico globale per **tutto il tempo necessario**);
- l'ulteriore sviluppo e qualificazione nel settore dell'assistenza alle persone in fase di terminalità oncologica e non oncologica;
- lo sviluppo e la qualificazione della presa in carico dei bisogni complessi (stati vegetativi e di minima coscienza, SLA e malattie del motoneurone, malattie neurologiche degenerative, in particolare le demenze);
- interventi ad intensità assistenziale post acuta, anche di tipo riabilitativo, al fine di facilitare le dimissioni ospedaliere precoci e limitare il ricorso ai ricoveri impropri in particolare di pazienti anziani non autosufficienti, disabili adulti e minori;
- il miglioramento della qualità attraverso una più forte sinergia con gli interventi e i servizi socio sanitari e sociali territoriali, erogati dai Comuni o dal Terzo Settore.

Azioni previste a carico delle ASL per l'anno 2011:

- stipula di protocolli con le Strutture ospedaliere e di riabilitazione, pubbliche e private, per le dimissioni protette dei pazienti al domicilio;
- sottoscrizione di almeno un protocollo d'azione interistituzionale tra ASL e Ambito territoriale, teso a superare la frammentazione della rete d'offerta dei servizi domiciliari, volto a garantire la qualità dell'assistenza ed una razionalizzazione delle risorse;
- adeguamento dei sistemi organizzativi/gestionali nell'erogazione e controllo delle prestazioni domiciliari alle linee programmatiche regionali che saranno emanate;

- incentivazione, anche attraverso un sistema premiante, delle progettualità riguardanti elementi qualificanti di erogazione dell'ADI (ad esempio: ampliamento degli orari di erogazione del servizio, maggiore personalizzazione delle risposte alla persona, ecc.);
- sostegno alla famiglia nel «lavoro di assistenza» al domicilio di persone con problematiche assistenziali complesse, anche attraverso il potenziamento dell'offerta di ricoveri di sollievo.

Residenzialità socio sanitaria nella fase di lungo assistenza

Azioni previste a carico delle ASL per l'anno 2011:

- prosecuzione dell'applicazione delle Linee regionali per l'assistenza alle persone in stato vegetativo ai sensi delle D.D.G.R. n. 6220/2007 e n. 10160/2009;
- prosecuzione dell'applicazione delle indicazioni regionali relative all'assistenza delle persone affette da malattie del motoneurone, in particolare da SLA, ai sensi delle D.D.G.R. n. 7915/2008 e n. 10160/2009;
- stipula di protocolli con le Strutture ospedaliere e di riabilitazione, pubbliche e private, per la dimissione programmata delle persone in stato vegetativo e affette da malattie del motoneurone, in particolare da SLA, all'interno dei quali la ASL deve garantire il ruolo di coordinamento del percorso assistenziale a sostegno delle famiglie.